S
7342

IV
IV 14

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7342id1398646

RECUEIL

DE MÉMOIRES

DE MÉDECINE

DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

RECUEIL
DE MÉMOIRES
DE MÉDECINE,
DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
MILITAIRES,

FAISANT SUITE AU JOURNAL QUI PARAISSAIT SOUS LE MÊME TITRE,

Rédigé, sous la surveillance du Conseil de santé,

Par MM. JACOB, ancien pharmacien-major des armées : MARCHAL (de Calvi), chirurgien-major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce ; BOUDIN, Médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule ; un des Rédacteurs des *Annales d'Hygiène Publique*.

PUBLIÉ PAR ORDRE DE M. LE MINISTRE DE LA GUERRE.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

Volume soixante-et-unième.

PARIS,

IMPRIMERIE DE MOQUET,

RUE DE LA HARPE, 90.

1850

TABLE

ANALYTIQUE ET RAISONNEE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LES VOLUMES XLII à LX

DES

MÉMOIRES DE MÉDECINE,

DE CHIRURGIE

ET

DE PHARMACIE MILITAIRES.

NOTA. Afin de faciliter les recherches, cette Table est divisée en deux parties, une scientifique et l'autre des auteurs fondues ensemble. Dans la première, après l'indication du sujet traité, se trouve l'analyse succincte du travail dont on rapporte le titre. Dans la seconde, le nom de chaque auteur est suivi de l'indication de toutes les observations et de tous les mémoires fournis par lui à ce recueil. Et, comme de nombreuses mutations ont eu lieu depuis l'époque de la publication du quarante-deuxième volume jusqu'à ce jour, nous avons ajouté, à chaque article nominatif, une note qui indique la position actuelle de l'officier de santé que cet article concerne.

A

ABCÈS. — Observation d'abcès à la superficie du cerveau, avec dépression partielle de cet organe; symptômes d'inflammation et de compression; puis disparition de ces symptômes, commencement de convalescence; retour subit du coma, et mort; recueillie par M. *Casimir Broussais*, médecin ordinaire, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. XLIX, p. 186.

Un sapeur-pompier, âgé de 22 ans, entre dans le service de M. C. Broussais, accusant six jours de maladie et offrant les signes d'une irritation gastrique compliquée de céphalagie; diète et une saignée de bras; amélioration; bouillon le troisième jour de l'entrée, soupe le quatrième, quart le cinquième; état très satisfaisant le sixième; le malade se trouve bien et demande qu'on augmente ses aliments. Le lendemain, tout est changé : le malade répond à peine aux questions, il est immobile, le bras et la jambe du côté droit sont paralysés, les membres du côté gauche ne le sont pas. Une saignée faite ce jour et une le lendemain, toutes deux copieuses, amènent de l'amélioration, le malade remue également tous ses membres, mais il est encore dans un état demi-comateux. Deux nouvelles saignées, une application de sangsues aux jugulaires et une à l'anus, des sinapismes, un lavement laxatif laissent le malade à peu près dans le même état, avec cette différence cependant que la paralysie des membres du côté droit est remplacée par de la contracture; puis surviennent des accès épileptiformes, et bientôt des symptômes typhoïdes, toujours avec continuation du coma; des sinapismes, des lavements camphrés, des potions éthérées sont successivement ordonnés. Enfin le quatorzième jour depuis la rechute, le coma cesse; puis l'appetit revient, et le seizième, le malade a repris toute sa connaissance et n'offre plus ni paralysie, ni contracture, ni accès épileptiformes; il ne conserve plus qu'un peu de lenteur dans les mouvements; les aliments sont augmentés et, le malade paraît aller de mieux en mieux, lorsqu'il retombe de nouveau vingt et un jours après la première rechute. Cette fois, le coma va toujours en augmentant. On administre du sulfate de quinine, de crainte d'un accès pernicieux; mais le malade succombe le lendemain matin.

A l'autopsie, on constate un vaste abcès déprimant les trois quarts antérieurs de la convexité de l'hémisphère droit du cerveau, et un moindre sur l'hémisphère gauche; les parois de cet abcès sont formées, en haut, par la dure-mère recouverte de l'arachnoïde, et en bas par la substance cérébrale, tapissée de ses deux membranes; cette face inférieure est blanchâtre, rugueuse, irrégulière, semée de saillies blanchâtres, et présente l'aspect d'une plaque albumineuse, retenant des flocons mobiles, véritables débris de fausses membranes formées du dépôt de matières purulentes. Les autres organes offrent quelques lésions peu importantes.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, M. C. Broussais partage l'histoire de cette maladie en quatre périodes : 1° une d'irritation gastro-intestinale; 2° une de prédominance de symptômes cérébraux avec hémiplégie droite, bien que la lésion cérébrale soit plus profonde à droite qu'à gauche, puis avec contracture du même côté; 3° une de disparition de tous les symptômes cérébraux, bien que la lésion matérielle existe; 4° enfin une de coma, d'agonie et de mort.

« Il résulte, comme enseignement, de cette observation, dit en « terminant l'auteur, qu'une suppuration méningienne, après « s'être insidieusement établie pendant un certain temps, peut « déterminer tout à coup une paralysie, des contractures, le coma, « des convulsions épileptiformes, et que tous ces symptômes peu- « vent cesser, la suppuration persistant, pourvu que la substance « cérébrale, bien qu'elle continue à être fortement déprimée, « reste intacte. »

ABCÈS. — Observation d'abcès sous-aponévrotique de la fosse iliaque droite ouvert dans le péritoine; par M. *Laveran*, médecin adjoint, professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, t. LIV, p. 353.

Un soldat est évacué des vénériens dans le service de M. Laveran, porteur d'une cicatrice récente d'un bubon à l'aine droite; dans la fosse iliaque de ce même côté, existe une douleur, et la cuisse correspondante ne peut s'étendre complétement; les mouvements d'extension forcée sont très-douloureux; en déprimant les parois abdominales on constate une résistance élastique; la pression accroît les douleurs; la peau a conservé sa couleur; le tissu cellulaire n'est point œdématié; point de fièvre, pouls régulier. M. Laveran, soupçonnant l'existence d'un abcès, pratique une ponction exploratrice, qui fait sortir un pus blanc, crémeux; il incise alors largement couche par couche, jusqu'au foyer, et donne issue à un litre de pus. Le malade est d'abord soulagé, bientôt le pus s'altère, devient rougeâtre, diminue de consistance, entraîne des lambeaux gangreneux, et la diarrhée survient, puis une péritonite se déclare tout à coup, et le malade succombe le huitième jour. A l'autopsie on trouve, dans la cavité du peritoine, environ un litre de liquide jaunâtre, opaque; la surface de la séreuse est rouge, granuleuse, couverte d'un produit épais qui réunit en une seule masse tous les viscères. A six lignes au dessous de la marge du bassin, au niveau à peu près de l'éminence iléo-pectinée, existe une ouverture inégale, oblongue, de trois lignes d'étendue environ, formée par la perforation du péritoine et du fascia pelvia, et faisant communiquer la cavité de l'abdomen avec celle de l'abcès, qui est circonscrite en avant par le fascia iliaca et le fascia pelvia, en arrière par le muscle iliaque, le psoas, l'élévateur de l'anus. La colonne vertébrale est saine.

Dans les réflexions qui suivent, M. Laveran fait observer que, dans ce cas, l'abcès était sous-aponévrotique dans cette région même, où Dupuytren, Dance et M. Ménière ont étudié les abcès sus-aponévrotiques; et qu'il s'est ouvert dans le péritoine par le fait d'une inflammation ulcérative. Cet abcès ne peut-il pas être considéré comme un symptôme consécutif de la syphilis?

ABCÈS DU FOIE. — Mémoire sur les abcès du foie; par

M. *Haspel*, médecin adjoint à Tlemcen, t. LV, p. 1.

M. Haspel commence par citer un long extrait de l'article de MM. Ferrus et Bérard sur les inflammations du foie, dans le but de montrer le vague et l'incertitude qui règnent encore sur le diagnostic anatomique de ces inflammations à leurs différentes périodes. M. Haspel comprend dans les caractères anatomiques de nature inflammatoire, le ramollissement et d'autres altérations analogues, parce que ce caractère était incontestable dans les observations qu'il a faites en Afrique. Il insiste sur ce point, que les abcès du foie ne sont bien souvent qu'un épisode, qu'une conséquence d'un état pathologique antérieur. Dans la plupart des cas d'abcès du foie dont il a recueilli l'histoire en automne et pendant l'hiver, il n'a pas, dit-il, saisi l'hépatite à son début; cette phlegmasie n'était certainement pas née et arrivée à sa terminaison dans les quinze ou vingt jours pendant lesquels il l'a observée. Ces vastes désordres organiques, ces monstrueux abcès étaient bien souvent la conséquence pathologique d'un état bien antérieur qui, sourdement et insensiblement, avait amené la désorganisation du foie. Aussi, pour celui qui n'étudie la maladie qu'à ce dernier période, l'hépatite est presque toujours mortelle. De là, la nécessité de saisir la maladie à son début et de la combattre énergiquement. M. Haspel conseille d'interroger avec soin le malade sur ses antécédents, afin de découvrir s'il est entré plusieurs fois dans les hôpitaux, s'il a eu les fièvres, l'ictère, une ascite, une douleur à l'hypochondre droit, etc.

Après ces considérations préliminaires sur l'hépatite, M. Haspel arrive à la question des abcès du foie. On n'en possède point de description fidèle et complète, malgré les travaux de Petit fils, de Portal et de MM. Louis et Andral; parce que cette maladie est rare en France; mais elle est très commune à Oran. Là, il est rare que les maladies du foie soient isolées; le plus souvent elles existent avec la dysenterie et la diarrhée; l'hépatite y affecte en général une forme chronique, insidieuse, se cache sous le voile d'une autre affection, et, à la faveur de ce déguisemeut, poursuit en silence son œuvre de destruction; et lorsqu'elle est portée à un degré assez élevé pour déterminer une altération profonde, elle se traduit tout-à-coup au dehors par un cortége fébrile; sa terminaison presque constante est la suppuration.

Abordant l'histoire des causes, M. Haspel signale celles qui sévissent spécialement sur l'armée. Les variations atmosphériques sont très fréquentes et très brusques à Oran, les chaleurs y sont très fortes, le froid y est peu prononcé, car le thermomètre ne descend guère au dessous de 4 ou 5 degrés Réaumur au dessus de 0; mais la situation d'Oran entre la mer et les hautes montagnes, expose cette ville, tantôt à des vents du nord, tantôt à des vents du sud, de sorte qu'ici le soleil vous brûle, et que là la brise vous glace. Ces alternatives ont lieu, non-seulement dans la même sai-

son, mais dans la même journée. Joignez à cela des miasmes émanés de chambres encombrées d'hommes. A Tlemcen, les soldats avaient dû être logés dans des réduits obscurs, étroits, humides, sans planches, sans pavé même ; et lorsque le soir, ces malheureux rentraient harassés de fatigue, au lieu de trouver dans leurs demeures un repos salutaire, couchés pendant des mois entiers par terre, séparés du sol seulement par une demi-couverture, privés d'air et de lumière au milieu d'une atmosphère imprégnée d'une humidité permanente, sans défense contre les pluies qui filtraient continuellement à travers les terrasses en ruines, ils passaient à lutter contre la souffrance et le froid des jours sans repos et des nuits sans sommeil. C'est d'ailleurs vers l'automne ordinairement que les cas d'hépatite chronique, qui, pendant les chaleurs s'étaient montrés par intervalles, deviennent nombreux, surtout quand surviennent les vents du nord ; alors aussi, en Afrique, les matinées et les soirées sont constamment assez froides, tandis que, dans le milieu du jour, il fait une chaleur assez forte ; d'où un contraste dangereux et une funeste variation de température ; c'est plutôt cette dernière cause que la chaleur, qui produit l'hépatite. A la chute du jour, quand vient le repos avec la fraîcheur, l'appareil veineux abdominal s'engorge, et le sang stagne particulièrement dans le foie ; ces engorgements périodiques s'accompagnent de sécrétions bilieuses abondantes qui, combinées avec les irritations intestinales dues aux mêmes causes, donnent lieu aux diarrhées et dysenteries bilieuses. M. Haspel n'a point vu d'hépatite chez l'Arabe, parce qu'il est endurci, dès l'enfance, à supporter les variations atmosphériques. Il est difficile de dire quel est le tempérament et quelle est la constitution qui y disposent le plus ; mais les privations et les excès de tout genre figurent en première ligne parmi les causes.

— Première observation, *ib.*, p. 27.

Un soldat, court, trapu, pléthorique, depuis huit mois en Afrique, n'ayant jamais été malade, entre à l'hôpital d'Oran, le 9 juin, ayant éprouvé, deux jours auparavant, un refroidissement pendant qu'il était en sueur ; depuis ce moment il vomit toujours. Saignée de 500 grammes. Le lendemain, fortes douleurs à l'hypochondre droit, qui est fortement tendu, selles et vomissements bilieux, pouls plein et fréquent, peau chaude, sudorale, teinte ictérique de la conjonctive ; nouvelle saignée et trente sangsues à l'hypochondre droit. Le troisième jour, même état, même traitement ; les sangues sont mises à l'anus. Les jours suivants, la teinte ictérique s'étend à tout le corps, les vomissements et les selles s'arrêtent, mais l'abdomen est toujours sensible, le malade est dans une anxiété extrême, il s'agite continuellement et paraît dans le désespoir. De nouvelles sangsues et des sinapismes sont employés sans succès, et le malade meurt le seizième jour de son

entrée. — A l'autopsie, rougeur vive de l'estomac, ainsi que du tiers supérieur des intestins grêles; le gros intestin est dans l'état normal. Le foie est très volumineux, d'un rouge brun foncé à l'extérieur; il contient neuf abcès de différentes dimensions, depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'une pomme d'api, tous dans le lobe droit. Dans quelques autres points circonscrits, le parenchyme hépatique avait entièrement disparu et semblait uniquement converti en un pus concret, blanchâtre, qui commençait à se fondre dans la partie centrale; à l'entour, on trouvait les traces évidentes d'une inflammation du tissu hépatique. M. Haspel fait remarquer, dans les *réflexions* qui suivent cette observation, que ce cas est un de ceux où les symptômes ont été le plus prononcés, qu'il ne les a jamais vus aussi saillants, aussi aigus, ni aussi caractéristiques. Ici tout est simple, dit-il, tout est patent, il n'est même pas permis de douter. Il note aussi que l'hépatite était liée ici avec une inflammation de la partie supérieure et non inférieure du canal digestif. Enfin, bien que le traitement ait été très énergique, il n'a point arrêté la maladie.

— Deuxième observation (Recueillie par M. Tesnière, chirurgien sous-aide), *ibid.*, p. 33.

Deux ans de séjour en Afrique; trois attaques de fièvre antérieures; alternative de diarrhée et dysenterie au mois d'octobre; traitement adoucissant; amélioration notable; accidents graves au bout de huit jours; frissons, prostration excessive, selles sanguinolentes, involontaires, sueur abondante de la poitrine, sécheresse du reste de la peau; dyspnée, son mat à la partie inférieure droite du thorax, et diminution du bruit respiratoire; vive douleur au dessous du sein et dans la région lombaire; le foie dépasse les fausses côtes et descend jusqu'à l'ombilic. Sangsues à l'épigastre et à l'hypochondre droit; bains de siége, etc. Amaigrissement progressif,; continuation des selles sanguinolentes; mort dix jours après les accidents ci-dessus. A l'autopsie, estomac et intestin grêle sains; muqueuse du gros intestin d'un brun noirâtre ou rouge, tuméfiée, présentant des ulcérations dont les unes tendent à la cicatrisation et dont les autres sont à bords boursoufflés, à fond rouge ou brunâtre; foie d'un volume extraordinaire, dont le lobe droit est creusé d'un vaste abcès, tapissé par une fausse membrane épaisse; tissu hépatique ramolli à l'entour.

Dans les *réflexions* qui viennent après, M. Haspel dit qu'il lui paraît évident que l'origine de la maladie remontait bien au delà de l'apparition des accidents signalés, et que ceux-ci n'ont fait qu'annoncer l'extension extrême de l'abcès.

— Troisième observation. Dysenterie; abcès du foie; *ib.*, p. 39.

Entrée à l'hôpital d'Oran en novembre; abattement, vive douleur le long du colon, surtout à l'hypogastre ; soif intense; selles fréquentes, visqueuses, sanguinolentes; anxiété, pressentiment de mort, pouls à cent vingt, très-petit. Quelques sangsues à l'anus, l'eau de riz, les lavements amylacés, des bains de siége n'amènent aucun changement; bientôt délire, dysurie, fuliginosités, odeur excessivement fétide, mort cinq jours après l'entrée. — A l'autopsie, foie augmenté d'un tiers ; tout son lobe droit occupé par un abcès à pus louable, sans fausse membrane; ulcération des gros intestins.

Réflexions.— Aucun symptôme caractéristique n'a annoncé cet abcès, ni ictère, ni tumeur, ni douleur locale, ni ascite ; on ne voit qu'une dysenterie très grave. Il est très probable que la suppuration existait déjà dès l'entrée du malade, bien qu'en Afrique les inflammations arrivent très vite à suppuration; celle-ci ne devait pas remonter à une époque très reculée, car il n'existait pas de fausse membrane. La dysenterie et la suppuration ne sont-elles que deux coïncidences ? Il existe entre ces deux maladies une très grande affinité.

— Quatrième observation (Recueillie par M. Tesnière, chirurgien sous-aide), *ib.*, p. 45.

Un an de séjour en Afrique; entrée à l'hôpital, le 29 septembre, avec la diarrhée ; accès intermittents, suivis de douleurs très vives dans l'abdomen, et de dysenterie, à laquelle a succédé la diarrhée. Marasme avancé, teint jaune paille, peau chaude et sèche, douleur vive à l'épigastre et à l'hypochondre droit, qui est très gros et œdémateux; le foie descend au dessous des fausses côtes. On diagnostique un abcès du foie, et on met vingt sangsues à l'hypogastre. La dysenterie revient. Vésicatoires, sinapismes. Mort après trois jours. — *Autopsie*: Muqueuse du gros intestin parsemée d'ulcérations; parois de l'intestin épaissies, lardacées, demi-cartilagineuses; foie d'un blanc sale ou d'un jaune rougeâtre; vaste abcès de cinq pouces de diamètre dans le tiers postérieur de son lobe droit renfermant un liquide lie de vin, mêlé de pus, tapissé par une fausse membrane.

Réflexions. — Ici la douleur et surtout la tumeur de l'hypochondre droit mirent sur la voie du diagnostic d'une affection du foie; quant à la nature de cette affection, c'est le souvenir de faits analogues qui la fit présumer à l'auteur. Celui-ci note encore l'œdème local comme un des indices d'abcès. Mais ici, comme précédemment, l'affection du foie a marché silencieusement. D'ailleurs, point d'ictère, bien qu'à la même époque il s'en manifestât chez un grand nombre d'individus faisant partie d'une colonne qui allait de Mostaganem à Mascara, et qui fut assaillie par le vent du désert; mais chez ceux-ci l'affection a été subite ; chez les malades de M. Haspel elle a été lente et sourde; elle s'est dé-

clarée chez des hommes sains dans le premier cas, chez des hommes épuisés dans le second.

— Cinquième observation, *ib.*, p. 51.

Entrée à l'hôpital, le 9 novembre, malade depuis un mois à la suite d'un refroidissement; diarrhée presque continuelle ; à l'entrée, maigreur, teinte jaune générale, ni soif, ni fièvre, anorexie, digestions pénibles, légère douleur à l'hypogastre par la pression, oppression, dyspnée; décubitus sur le dos seul possible ; vomissements, le foie dépasse les fausses côtes. Quelques sangsues à l'anus, des cataplasmes, de l'eau de riz, du calomel, du cachou, de l'opium n'améliorent point l'état du malade; la maigreur fait des progrès rapides; teinte cachectique de la face; fluctuation de l'abdomen, œdème des extrémités inférieures. Au bout d'un mois, la douleur de l'hypochondre devient plus vive et le malade succombe à la fin du deuxième mois. — *Nécropsie :* Rien à l'estomac; quelques plaques rougeâtres à la partie supérieure de l'intestin grêle; ulcérations dans le gros intestin, reposant sur un tissu épaissi, lardacé, comme cancéreux; foie volumineux, offrant à la face concave une tumeur du volume d'un œuf, remplie d'un pus blanchâtre, homogène, et tapissée à l'intérieur par une fausse membrane semblable à du pus solidifié ; parenchyme d'ailleurs d'un blanc sale et d'une mollesse remarquable.

Réflexions. — L'hépatite chronique est ici évidente par le volume du foie et le siége de la douleur, outre l'amaigrissement et le teint cachectique. Nous croyons, dit M. Haspel, qu'il est impossible de méconnaître, dans certains cas, ce marasme profond qui survient chez les individus porteurs d'une affection chronique du foie. L'ictère et l'ascite tenaient au siége particulier de la tumeur, qui comprimait les canaux biliaires et veineux.

— Sixième observation, *ib.*, p. 56.

Entrée à l'hôpital, le 25 novembre, dans un degré de marasme très avancé; avec diarrhée ancienne, aspect cachectique ; accès de fièvre antérieurement, puis diarrhée qui n'a presque jamais cessé. Malgré un régime sévère, les narcotiques et les potions toniques, la diarrhée continue, et la maigeur fait des progrès, le foie paraît très volumineux au toucher. Ventouses, vésicatoires, calomel. Bientôt symptômes de résorption purulente, frissons vagues par intervalle, bouffées de chaleur au visage; pouls petit, accéléré, respiration gênée; secousses de toux très fatigantes et douloureuses, avec exacerbation manifeste vers le soir et un peu de délire. Mort au bout d'un mois. Nécropsie faite par M. Frémy, chirurgien sous-aide, en l'absense de M. Haspel: Epanchement purulent dans la plèvre droite et refoulement du poumon ; larges ulcérations du gros intestin, foie augmenté du double, de couleur grisâtre, de consistance moindre qu'à l'ordinaire ; vaste

abcès commençant à la face inférieure du lobe droit et s'ouvrant à travers le diaphragme dans la plèvre; parenchyme hépatique, gorgé de sang autour de l'abcès.

Réflexions. — Ici point de rapport exact entre les symptômes et les lésions trouvées sur le cadavre; ces lésions, très graves, n'avaient que des signes vagues et incertains; le seul signe était la tuméfaction de la région hépatique; aussi M. Haspel diagnostiqua-t-il une hépatite chronique; les frissons vinrent lui donner l'idée d'une suppuration. La marche insidieuse de l'affection de poitrine est également remarquable; elle ne fut révélée que par un peu d'oppression et de toux.

— Septième observation (Recueillie par M. Grisel), *ib.*, p. 61.

Trente et un ans; forte constitution; trois ans de séjour en Afrique, et quatre entrées à l'hôpital pour diarrhée; entrée le 9 décembre avec symtômes d'hépatite; douleur vive dans la région gastro-hépatique et à l'épigastre; ventre très ballonné et douloureux; oppression, son mat dans toute l'étendue du côté droit. Vésicatoire, vingt sangsues, frictions avec l'onguent mercuriel. Augmentation de la toux et de la douleur; sensibilité excessive de l'abdomen à la pression, face cadavéreuse, extrémités froides; mort au quinzième jour.

Autopsie. — Poumon droit farci de tubercules et hépatisé; plèvre du même côté remplie de pus; tubercules dans le poumon gauche; foie très volumineux; vaste abcès dans son lobe droit, s'ouvrant, à travers le diaphragme, dans la plèvre droite; un second abcès occupe la face concave du foie et s'ouvre dans l'abdomen au-dessus du pylore; péritoine recouvert de pus dans une grande étendue.

Réflexions. — Ici le diagnostic fut facilement établi : Les symptômes pulmonaires n'étaient plus sympathiques, et cependant il y eut peu de réaction. Quelle est la cause première de la phthisie tuberculeuse? dit M. Haspel. Est-elle la suite d'une disposition originelle? Mait il n'existait aucun précédent analogue dans la famille. La trouvera-t-on dans le climat d'Oran? M. Haspel ne se prononce pas.

Le rédacteur des *Mémoires de Médecine militaire* fait observer que M. Haspel porte, dans son rapport du deuxième semestre de 1841, trois phthisiques sur quatorze cent quatre-vingts malades et un mort par phthisie sur cent trente-huit morts; et l'année donne, pour tous les services d'Oran réunis, treize phthisiques sur huit mille quatre cent quatre-vingt-cinq malades, et dix morts par phthisie sur huit cent soixante-onze morts.

Dans une seconde note, le rédacteur cite un cas d'abcès du foie tout à fait analogue au précédent par ses ouvertures dans la poitrine et dans les intestins; le malade a guéri; il était au Val-de-Grâce.

— Huitième observation, *ib.*, p. 66.

Entrée à l'hôpital d'Oran, le 5 novembre, pour une diarrhée ancienne et une toux avec frissons suivis de chaleur le soir; fièvre d'accès et diarrhée antérieurement, rapidement guéries; bon état de santé ensuite; depuis huit jours, coliques suivies de selles abondantes sans cause connue; faiblesse très grande; toux; marasme; pouls fort et fréquent; langue large et pâle, sans enduit; vive douleur à l'hypogastre par la pression; douleur au dessous du sein droit. A l'auscultation, râle crépitant au-dessous de la clavicule droite, diminution de la sonorité du même côté; décubitus forcé à droite; toux suivie d'expectoration de quelques mucosités. Vésicatoire sur le côté droit de la poitrine. Progrès du marasme. Le 11 novembre, altération profonde des traits, respiration laborieuse, incomplète; douleur profonde et sourde dans le côté droit du thorax, exaspérée par la toux et les mouvements continuels que le malade est obligé de faire pour aller sur le pot; selles incessantes; abdomen douloureux; fièvre plus forte; frissons et sueurs abondantes tous les soirs. Bientôt, décomposition des traits, langue sèche, soif, léger délire la nuit; respiration courte et inégale; douleurs atroces au moindre mouvement. Le 18, sueurs froides, grande prostration, mort.

Nécropsie. — Hépatisation commençante du lobe supérieur du poumon droit et de sa portion inférieure et postérieure. Foie très volumineux, recouvrant la rate à laquelle il adhère, de couleur très brune extérieurement. Large abcès à l'intérieur occupant une grande partie de l'épaisseur du lobe droit, contenant un pus blanc, crémeux et en contact immédiat avec la substance du foie, qui, dans l'étendue d'un pouce au moins, est friable et infiltrée de pus. Rien dans l'estomac ni l'intestin grêle; gros intestins criblés d'ulcérations, à parois épaisses.

Réflexions. — Cette lésion, si grave, est cependant restée latente, sans douleur, ni ictère, ni ascite; les seuls symptômes sont ceux d'une colite et d'une pneumonie; aucun signe qui fasse soupçonner l'affection du foie. Le tempérament scrofuleux du malade, la toux, les accès de fièvre tous les soirs, le dépérissement rapide, faisaient croire à une affection tuberculeuse.

— Neuvième observation (Recueillie par M. Blanvillain, chirurgien sous-aide), *ib.*, p. 72.

Entrée à l'hôpital de Tlemcen, le 4 juillet, dans un état de langueur; quinze jours d'invasion. Langue chargée, inappétence, douleur sourde et tension au dessous des dernières fausses côtes droites; point de fièvre. Application de trois ventouses scarifiées sur l'hypochondre. Les jours suvants, ictère, vomissements, selles bilieuses, fréquence du pouls, rougeur de la langue, douleur plus aiguë à l'hypochondre droit; le foie descend jusqu'au dessous

de l'ombilic et s'élève dans la cavité droite du thorax jusqu'au niveau du sein. Large vésicatoire sur l'hypochondre droit, bains de siége, etc. Aggravation successive des accidents ; la diarrhée augmente, le marasme fait des progrès ; le côté droit du thorax a pris un volume énorme et est très sensible à la pression. Signes de résorption purulente ; pouls petit et fréquent, frissons vagues et irréguliers, sueurs fétides. Au vingt-unième jour depuis l'entrée, ballonnement du ventre, selles de sang pur, décomposition des traits ; mort le 26 avec la liberté pleine et entière des facultés intellectuelles.

Nécropsie. — Poumons sains ; le droit fortement refoulé en haut par la saillie du foie. Injection de la portion inférieure de l'intestin grêle ; ulcérations du gros intestin ; foie énorme, grisâtre à l'extérieur ; tout le lobe droit et une partie du gauche envahis par deux vastes abcès, dont l'un, antérienr et externe, n'était séparé que de quelques lignes de la membrane externe ; dont l'autre, situé plus en arrière, était séparé du premier par une portion de la substance du foie infiltrée de pus ; autour des collections, infiltration de pus ; plus loin, apparence de granit résultant de points noirs constitués par des épanchements sanguins, et de points d'un jaune sale.

Réflexions. — Premier exemple d'abcès du foie sans complication ; diagnostic non douteux, par suite du volume énorme du foie, des douleurs sourdes et prolongées, des vomissements et des selles bilieuses ; même en l'absence de symptômes locaux, la langueur des digestions, la viciation de l'hématose annoncée par le teint jaune et terreux, doivent faire craindre une affection du foie.

La chaleur n'occasionne, en général, l'inflammation du foie que lorsque les pluies lui succèdent, aux mois d'octobre, novembre et décembre ; mais il y a des exceptions rares, surtout s'il survient des changements atmosphériques.

Pour bien connaître les lésions anatomiques, il faudrait étudier la maladie à son début et la suivre à travers toutes les transformations qu'elle peut subir. L'auteur va citer quelques observations dans ce but.

— Dixième observation (Recueillie par M. Blanvillain), *ib.*, p. 78.

Tempérammment nervoso-bilieux ; entrée à l'hôpital de Tlemcen, le 13 mai, dans un état de grande faiblesse, pesanteur à l'épigastre, anorexie, bouche pâteuse, amère : ces symptômes s'étaient déclarés brusquement la veille, à la suite d'une vive contrariété ; l'année précédente, semblable chose était arrivée. Trois ventouses scarifiées à l'hypochondre droit. Le lendemain, nausées, pouls lent et petit ; point d'urine, sans distension de la vessie, vives douleurs dans la région lombaire droite. Calomel,

ventouses scarifiées. Le 15, vingt selles liquides jaunâtres; selles moins fréquentes le 16, mais douleurs très vives dans l'hypochondre droit et à l'épigrastre. Saillie du foie au dessous des fausses côtes; peau sèche et âcre, agitation, urines rares et foncées. Ventouses scarifiées, calomel, etc. Le 17, hoquet continuel, selles décolorées, ictère, abattement, torpeur, lenteur du pouls. Deux ventouses scarifiées. Continuation du même état du 18 au 22, mais épistaxis les 19 et 20. Le 23, plus de hoquet, urines plus abondantes, retour de l'appétit; peu à peu disparition de l'ictère, retour à la santé; enfin le malade sort le 10 juin.

Dix jours après, rentrée à l'hôpital, pouls plein et fréquent, vive douleur au côté droit, oppression, crachement de sang; matité et absence de bruit respiratoire dans le côté droit de la poitrine, râle crépitant au sommet. Cette rechute datait de trois jours et était survenue parce que le malade s'était endormi couché à terre, étant tout en sueur. Progrès rapides et effrayants de la maladie, malgré d'abondantes évacuations sanguines et le tartre stibié. Mort.

Autopsie.—Mélange d'hépatisation rouge et grise dans les lobes supérieur et moyen du poumon droit. Estomac parsemé de taches rougeâtres; rien dans le reste du tube digestif; foie très volumineux; son parenchyme était séparé en aréoles arrondies contenant une matière d'un blanc jaunâtre très friable, molle; autour, infiltration du tissu cellulaire. Le tissu du foie semblait uniquement composé d'une seule substance, d'un tissu cellulaire plus épais, au centre duquel apparaissaient quelques points rougeâtres, orifices de quelques vaisseaux; il était ramolli. Il n'y a qu'une substance dans le foie; l'apparence des deux substances est produite par les différents degrés de congestion. L'apparence granulée décrite ici a paru à l'auteur, dans presque tous les cas, précéder la suppuration.

Réflexions. — La douleur des lombes, la suppression des urines et le hoquet pouvaient faire croire ici à une néphrite; mais bientôt l'ictère, la décoloration des selles etc., viennent éclairer le diagnostic. La première atteinte remonte à l'année précédente; l'hépatite cède en apparence et passe à l'état chronique; le foie conserve un certain développement; le malade se croit en convalescence ou guéri. Cela se voit souvent en Afrique; l'hépatite chronique est souvent préparée par des hépatites aiguës, à la suite desquelles la santé paraît florissante; mais la moindre irritation fait alors éclater la maladie avec violence. Si le malade ci-dessus n'eût pas succombé à une pneumonie, nul doute qu'un peu plus tard, en automne ou en hiver, la suppuration n'eût envahi le foie. Il est donc impossible d'établir une ligne de démarcation entre les hypérémies, certaines hypertrophies du foie qui se voient pendant les chaleurs de l'été et les abcès de l'automne.

— Onzième observation, *ib.*, p. 89.

Entrée à l'hôpital de Tlemcen, le 21 juin, avec dysenterie très forte et douleur à l'hypochondre droit, qui est tuméfié ; le foie dépasse les fausses côtes ; sentiment de pesanteur vers la base de la poitrine ; de temps à autre, diarrhée, inappétence persistante ; quelques accès de fièvre tierce dans les premiers jours de juin. A l'entrée à l'hôpital, pouls développé, fréquent, face injectée, langue rouge sur les bords, muqueuse au centre ; coliques très vives, expulsion avec peine de quelques matières sanguinolentes, noirâtres : douleur très vive à l'hypochondre droit par la pression. Saignée de 600 grammes, quatre ventouses scarifiées à défaut de sangsues, bains, lavement amylacé, opiacé. Le lendemain même état. Petite saignée, etc. Le 28, la maladie continue à faire des progrès effrayants. Emploi inutile des pilules de Segond. Dans les premiers jours de juillet, les yeux se cavent, les traits s'altèrent, le ventre est excessivement sensible, les selles incessantes ; marasme avancé ; anxiété extrême, langue sèche et lisse ; peau sèche ; pouls petit et fréquent ; syncopes ; mort le 11 juillet.

Nécropsie. — Foie moins consistant ; décoloration jaunâtre à l'intérieur ; série de petites masses jaunâtres percées à leur centre d'une ou plusieurs ouvertures et circonscrites de toute part par les cellules fibreuses qui forment autant d'alvéoles distinctes. Ces granulations molles et friables ont toutes les apparences d'un produit de l'inflammation : très peu de vascularisation fine ; les gros vaisseaux, au contraire, contiennent une assez grande quantité de sang noir. Ulcérations très-larges dans le gros intestin, fausses membranes noirâtres, répandant une odeur de gangrène ; dans quelques points, le tissu cellulaire sous-muqueux infiltré de pus, formant à la surface intestinale, un grand nombre de bosselures, dont l'incision donnait issue à une certaine quantité de pus.

Réflexions. — Ici, l'auteur explique comment, le foie n'est composé que d'une seule substance, d'aréoles où viennent se rendre les vaisseaux sanguins, lymphatiques, sécréteurs, et peut-être des filets nerveux ; comment, lorsque ces vaisseaux sanguins s'engorgent, tout le foie a l'apparence rougeâtre ; comment, lorsque les aréoles contiennent une matière jaunâtre, on a des granulations tantôt molles et tantôt dures, d'où l'anémie jaunâtre et l'aspect granulé du foie.

Dans le fait ci-dessus, l'affection du foie a précédé la dysenterie.

— Douzième observation (communiquée par M. MARTENET, médecin ordinaire), *ib.*, p. 96.

Vingt-six ans, constitution faible, tempérament lymphatique ; diarrhée à Oran en 1839 ; rechute en 1840 ; en 1841, coup de pied reçu sur l'ombilic, qui fait tomber le sujet à la renverse et lui fait éprouver une vive douleur qui dure une heure et disparaît. Le 10 avril, nouvelle invasion de la diarrhée. Le 18, le malade reçoit de fortes averses ; dès lors, la diarrhée cesse, il se dé-

clare une douleur à l'épigastre, si violente, que le malade ne peut se tenir debout. Le quatrième jour, une saignée et des ventouses scarifiées qui calment un peu la douleur. Arrivée à l'hôpital le lendemain, 23 avril. A ce moment, gonflement à l'épigastre, application de cataplasmes pendant dix jours ; une tumeur se développe au point douloureux, la respiration devient un peu gênée et la défécation impossible, tant les essais pour aller à la selle augmentaient la douleur. Le 13 mai, la tumeur étant sensiblement fluctuante, application de potasse caustique; trois jours après la chute de l'eschare, irruption d'une quantité considérable de pus couleur lie de vin, tantôt très fluide, tantôt très épais. La suppuration dure jusqu'au 25 ; puis la tumeur s'affaisse, et le foyer diminue tous les jonrs.

Réflexions. — Ceci est un exemple de la lenteur qui préside au développement des abcès du foie. La nature du pus lie de vin prouve bien qu'on avait affaire à un abcès du foie, et non à un abcès des parois abdominales. Si l'on veut employer les incisions couche par couche, comme M. Bégin, il faudrait attendre que la fluctuation existât depuis deux ou trois jours; mais ce moyen, ainsi que la potasse caustique, est rarement suivi de succès; la suppuration continue, l'organe se détruit, et le sujet meurt d'épuisement ou d'une résorption purulente.

ABCÈS DU FOIE. — Observation d'hépatite chronique; abcès multiples du foie; par M. *Jourdain*, médecin principal à Oran, t. LV, p. 118.

Emaciation par suite d'une diarrhée de six mois; entrée à l'hôpital en décembre 1841 ; tumeur volumineuse, circonstrite, dure, indolente, fixe, sans changement de couleur à la peau, occupant la région épigastrique, sans indice de fluctuation. Augmentation de la tumeur, malgré l'application de vésicatoires, l'emploi de toniques, etc. ; affaiblissement général; teinte ictérique, douleur sourde à l'hypochondre droit, augmentée par la pression. On soupçonne une maladie du foie. Bientôt vomissements de tous les aliments, excepté le lait. Mort à la fin du mois, avec conservation de l'intelligence.

Autopsie.— Foyer purulent, circonscrit, en avant, par la paroi abdominale antérieure, en haut par le lobe gauche du foie, en bas et en arrière par le colon transverse et l'epiploon gastro-colique et une portion de la paroi antérieure de l'estomac; tous les tissus environnants sont ramollis. Ce foyer a un diamètre de 0 m. 10 centim., et renferme du pus très liquide, de couleur en partie blanchâtre, en partie rouge-noirâtre. En soulevant le lobe gauche du foie, on voit au dessous un second foyer formé par la paroi antérieure de l'estomac inférieurement et postérieurement, et par la face inférieure du lobe gauche supérieurement et antérieurement. Ce foyer communique avec l'estomac, dont la

muqueuse est rouge et peu consistante. Dans le lobe droit du foie, antérieurement, existe un troisième foyer vaste, de plus de 0 m. 12 centim. de diamètre ; vers le bord postérieur et supérieur du même lobe, quatrième foyer, plus petit, de 0 m. 08 cent. de diamètre ; inférieurement à droite, cinquième foyer, se dirigeant vers la paroi postérieure et abdominale, prêt à s'ouvrir dans le péritoine, de 0 m. 08 centim. de diamètre. Le pus de tous ces foyers ressemble à celui du premier. Le tissu du foie est ramolli dans son entier. La rate, très ramollie, est gorgée de sang noir; le rein droit est ramolli ; les autres organes sont sains.

ABCÈS DU FOIE. — Consécutif à une gastro-colite; par M. le docteur *Simon*, médecin ordinaire à Mascara, t. LV, p. 123.

Un militaire âgé de vingt-quatre ans, tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital de Mascara, le 15 juillet 1841, pour une gastro-colite très intense ; il était convalescent, lorsque, le 12 août, il se plaignit d'une douleur très vive entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. Cette douleur est diminée par plusieurs applications de ventouses scarifiées et de cataplasmes, et ne reparaît que dans la toux ; l'appétit revient. En palpant cette région, on sentait de l'empâtement ; au bout de quelques jours, il existait, à 0 m. 04 centim. au dessous de l'appendice xiphoïde, une dépression arrondie du diamètre d'une pièce de deux francs, la peau était rouge et amincie; la pression y détermine une douleur et un bruit de gargouillement. On croit à un abcès du foie. Application de potasse caustique le 29 août; le 1er septembre, l'eschare, en partie détachée, laissait échapper une grande quantité de pus altéré, d'une couleur noirâtre, d'une odeur fétide. Mort le 12 septembre.

Nécropsie. — Adhérences du foie avec l'estomac et le colon ; abcès qui envahit toute la surface du lobe gauche du foie, profond de quelques millimètres seulement; cinq autres petits abcès, du volume d'une aveline, existent dans le reste de l'organe; muqueuse de l'estomac épaissie, présentant des plaques d'un rouge vif; péricarde rouge, rugueux.

ABCÈS DU FOIE. — Observation d'abcès du foie, suite d'hépatite aiguë; mort le onzième jour. Recueillie par M. *A. Renard*, chirurgien aide-major de deuxième classe au 44e de ligne, t. LV, p. 126.

L'auteur expose d'abord la difficulté de diagnostiquer les abcès du foie, et de les distinguer surtout de la pleurite diaphragmatique. Un militaire, âgé de 24 ans, n'ayant jamais été malade, entre à l'hôpital de Limoux le 13 janvier 1843. Quatre jours au-

paravant, il avait fait une course précipitée et continuée pendant une heure, par un temps froid et une pluie fine; il rentra en sueur, et se plaignit de frissons et de céphalalgie; puis il se mit au lit et ne mangea point ce soir. Le lendemain, malaise général, soif, constipation depuis trois jours; le malade reste au lit deux jours, et le troisième, se plaint d'une douleur très vive dans le côté droit; pénétration de l'air dans les poumons; petite toux sèche réveillant la douleur de côté; épigastre tendu, douloureux; langue sèche. M. Renard applique deux ventouses, et envoie le malade à l'hôpital, croyant à une pleurite diaphragmatique. Le 13, une saignée de bras; le 14 douze sangsues *loco dolenti*. La douleur s'appaise; mais le pouls est toujours petit et fréquent; frissons avec tremblement, suivis de chaleur; vomissements de bile pure. Nouvelle application de sangsues, et sulfate de quinine 0,5 dans la crainte d'un accès pernicieux. Les 16, 17 et 18, continuation des mêmes symptômes; apparition d'un ictère; le 19, langue sèche, croûteuse, peau chaude, aride; mort dans la nuit.

Autopsie. —Volume énorme du foie, qui refoule le draphragme en haut et descend au-dessous des fausses côtes; foyer purulent à la partie la plus élevée de la convexité, occupant tout le tiers supérieur du lobe droit, à parois supérieures très minces; l'intérieur de l'abcès est formé par des espèces de kystes celluleux, grisâtres, communiquant entre eux, depuis le volume d'une aveline jusqu'à celui d'un œuf de poule, et contenant une certaine quantité de matière liquide, formée par du pus, du sang et des portions de foie en détritus. Les granulations voisines du foyer, dans l'étendue de deux ou trois lignes, sont pâles, décolorées, condensées; ailleurs, elles sont d'un rouge foncé, entremêlées avec des granulations jaunes. Plusieurs plaques, d'un rouge vif pointillé, sur la membrane muqueuse de l'estomac; le duodénum est sain; intestins grêles d'un rouge foncé dans la seconde portion. Les gros intestins n'ont point été examinés. Le poumon droit, refoulé en haut, est adhérent à la plèvre costale par des brides celluleuses très serrées et très nombreuses; son lobe inférieur est hépatisé et rouge, et adhère à la face inférieure du diaphragme.

Réflexions. — M. Renard expose ses idées relativement à l'origine des abcès du foie; il pense que la course précipitée du militaire a été cause d'une stagnation du sang dans le foie; puis la congestion du foie s'est changée en inflammation, l'inflammation en abcès. Les symptômes ont été ceux attribués à l'hépatite de la convexité. Quant aux frissons, ils ressemblaient tout à fait à ceux d'une fièvre intermittente; ils se sont montrés du septième au neuvième jour, c'est-à-dire au moment de la formation du pus.

ABCÈS DU FOIE. — Réflexions sur les abcès du foie; par M. le docteur *Casimir Broussais*, t. LV, p. 144.

M. C. Broussais, résumant le travail de M. Haspel, dit que plusieurs choses ont frappé ce médecin : d'abord la fréquence des abcès hépatiques en Algérie, puis leur coïncidence avec la phlegmasie de la partie inférieure du canal digestif plutôt qu'avec celle de la partie supérieure ; enfin, la difficulté du diagnostic. Quant à la fréquence des abcès du foie en Algérie, elle paraît prédominer dans la province d'Oran ; car, excepté les deux cas observés à Alger par M. Laveran, les médecins militaires n'en ont point signalé ailleurs. Toutefois, la solution de cette question n'est pas définitive. Relativement à la coïncidence de ces abcès avec la colite plutôt qu'avec la gastrite et la gastro-duodénite, elle est incontestable ; elle avait déjà été signalée par Copeland, mais M. Haspel en a été plus particulièrement frappé ; et en effet, dix fois sur douze la diarrhée ou la dysenterie ont existé, et huit fois M. Haspel a trouvé des ulcérations dans le colon. Les deux cas de MM. Jourdain et Simon rentrent dans cette catégorie, puisque les malades avaient la diarrhée ; il en est de même des deux de M. Laveran. Ce fait n'est pas exclusivement propre à l'Algérie. Ainsi, bien que la constipation eût existé chez le malade de M. Renard, sur les cinq cas rapportés par M. Louis, trois fois il y eut de la diarrhée. En résumé, les abcès du foie se lient, tantôt à une gastrite ou gastro-duodénite, tantôt à une colite, plus souvent à une colite en Algérie qu'en France.

Arrivant à la difficulté du diagnostic, les plus habiles, dit M. C. Broussais, ont été surpris, à l'autopsie, par des collections purulentes dont ils n'avaient pas soupçonné l'existence pendant la vie. Pour arriver, sinon à la certitude du moins à une certaine probabilité de diagnostic, M. C. Broussais examine en particulier les symptômes caractéristiques, l'ictère, la douleur locale et la tuméfaction du foie. Sur vingt-deux cas d'abcès du foie, l'ictère ne s'est montré que quinze fois ; d'ailleurs, quand il existe, il indique bien quelque chose du côté des voies biliaires, mais non pas un abcès du foie, ni même une hépatite ; seulement il met sur la voie,

La douleur locale siége le plus souvent, mais non toujours, à l'hypochondre droit ; elle existe quelquefois à l'épigastre, et alors le foie fait une forte saillie au-dessus de l'appendice xiphoïde. Or, vingt fois sur vingt-deux, la douleur existe, le plus souvent vive, jusqu'à l'anxiété, gênant les mouvements des membres et la respiration et s'exaspérant par la pression. La douleur locale est donc un signe précieux, surtout si la teinte ictérique s'y joint.

La tuméfaction a été notée quatorze fois sur quinze ; c'est donc, avec la douleur, et plus que la douleur, un des symptômes les plus constants de la lésion du foie ; l'habitude de la percussion minutieuse la fera certainement découvrir dans des cas où on ne l'aurait pas soupçonnée. Le son mat du côté droit se distingue alors de celui de l'hépatisatio du poumon par l'existence du souffle bronchique, du râle crépitant, de la bronchophonie et de l'excès de la vibration thoracique qui existent dans ce dernier cas et

manquent dans l'hépatite; il se distingue de celui que produit un épanchement dans la plèvre par l'absence complète de vibration et les signes fournis par le changement de position du malade. D'ailleurs, malgré le volume du foie produisant ce son mat, on entend encore le bruit respiratoire; seulement, il est diminué.

Maintenant, comment distinguer un abcès du foie de l'hypérémie de cet organe, de son hypertrophie, d'un kyste, d'un squirrhe, d'un cancer? On présume une hypérémie, un cancer aux signes généraux; on reconnaît les tumeurs squirrheuses à des bosselures quand elles sont appréciables; on devine un kyste hydatique à une crépitation, à un frémissement particulier. Quant à l'abcès, s'il est superficiel, on le distingue à la saillie qu'il produit, à la fluctuation qu'y détermine une pression méthodique; mais s'il est profond, ce qui le fera craindre, ce sont les frissons répétés. Si ceux-ci étaient pris d'abord pour ceux d'un accès de fièvre intermittente, l'insuccès du sulfate de quinine détrompera bientôt.

Une chose remarquable, c'est la rareté de la douleur de l'épaule droite; c'est aussi la qualité du pus, qui est, en général, blanc et crémeux; c'est encore la double communication des abcès avec la plèvre et le péritoine.

La conclusion de tout ceci est, comme le dit M. Haspel, qu'il faut s'attacher à combattre les hyperémies du foie avant qu'elles aient entraîné la suppuration; puis à ouvrir l'abcès par la potasse caustique ou les incisions successives, aussitôt que la fluctuation est manifeste. M. Martenot, chirurgien son aide, a vu, en Algérie, un militaire qui venait, tous les deux ou trois mois, se faire ponctionner un abcès hépatique, et qui reprenait son service dans l'intervalle. Il ne faut donc pas désespérer de la guérison.

ABCÈS PULMONAIRES. — Note sur les abcès pulmonaires aigus; par M. *Laveran*, médecin ordinaire, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de Grâce, t. LVII, p. 88.

L'anatomie pathologique a confirmé l'opinion émise par Laennec sur la rareté de la terminaison de la pneumonie par abcès; il importe donc d'en publier les exemples quand il s'en présente.

— Première observation. — Pleuro-pneumonie du côté gauche; abcès du lobe inférieur gauche, *ib.*, *ib.*

Un brigadier de la garde municipale, âgé de trente-trois ans, de constitution médiocre, entre au Val-de-Grâce le 18 septembre 1844, malade depuis quatre jours, par suite d'un point de côté : face tirée, inquiétude, faiblesse, peau brûlante, pouls dur, étroit, à 116; langue blanche, sèche; ventre souple, constipation; douleur vague du côté gauche de la poitrine, expectora-

tion de crachats visqueux, d'une couleur rouge artérielle ; son mat du côté gauche, râle crépitant en bas et en arrière, bruit de souffle au premier temps du cœur. Une saignée le jour de l'entrée et une le lendemain, vésicatoire sur la région précordiale. Le 10, le son mat s'élève en arrière, absence de bruit vésiculaire, quelques bulles de râle crépitant, humide, ægophonie. Potion stibiée 0, 3. Cette potion est continuée quatre jours sans amélioration ; son mat à la région précordiale, battements du cœur obscurs et profonds. Sept jours plus tard, le 21, les crachats sont verts, opaques, puriformes, pouls à 100. Nouvelle saignée couenneuse. Bientôt abattement, amaigrissement de plus en plus marqué ; mort le 23.

Nécropsie. — Environ 100 grammes de pus gris, verdâtre, dans le péricarde, dont la surface viscérale est granuleuse, inégale. Epanchement assez abondant dans la plèvre gauche, qui est recouverte de lambeaux pseudo-membraneux. Lobe inférieur du poumon gauche complétement hépatisé et creusé par un abcès situé à sa partie externe, presque sous la plèvre, de la grandeur d'une petite noix, contenant du pus gris, verdâtre et des lambeaux détachés du parenchyne pulmonaire, tapissé par une fausse membrane molle. Point de pus ailleurs ; point de matière tuberculeuse nulle part.

— Deuxième observation. — Péricardite ; pleuro-pneumonie gauche, abcès pulmonaire, *ib.*, p. 92.

Artilleur, âgé de 25 ans, de constitution robuste, entré à l'hôpital de Metz, le 12 mars 1841 : deux jours de maladie ; début par des frissons violents la nuit, suivis de chaleur et de fièvre ; le lendemain, vive douleur au côté gauche du thorax. A l'entrée, outre cette douleur, céphalalgie, peau brûlante, pouls plein, vibrant à 120, toux, expectoration rouillée, battements du cœur sensibles à la vue, son mat à la région précordiale ; un peu de son mat à la partie postérieure du poumon gauche ; râle crépitant dans ses deux tiers inférieurs. Une saignée le jour de l'entrée. Délire la nuit, puis stupeur, suffusion ictérique, peau brûlante, pouls irrégulier, à 130. Trente sangsues à la région précordiale ; nuit assez bonne, anxiété moindre, battements du cœur profonds, le son mat s'élève en arrière, respiration tubaire en bas, ægophonie. Un vésicatoire. Les jours suivants, amélioration apparente. Le 3 avril, crachats purulents, gargouillement à la partie postérieure du poumon gauche. M. Laveran croit à une phthisie aiguë. Le 16, le délire revient, perte du sentiment, soubresaut des tendons ; selles et urines involontaires, marasme, mort le 21.

Nécropsie. — Adhérences molles, albumineuses des deux feuillets du péricarde. Un peu d'épanchement purulent dans la plèvre droite. Pus blanc et crémeux dans la plèvre gauche. Poumon

gauche fortement adhérent au diaphragme, son lobe inférieur hépatisé, creusé par un abcès dont la cavité logerait un petit œuf, borné en haut par des adhérences interlobaires, partout ailleurs par la substance pulmonaire grise, grenue, ramollie. — Point de tubercules.

— Troisième observation. — Pleuro-pneumonie droite, abcès multiples du poumon, *ib.*, p. 94.

Un chasseur d'une constitution robuste, âgé de 24 ans, est évacué des Vénériens (où il était entré pour une urétrite), dans le service de M. Laveran, au Val-de-Grâce, le 23 juillet 1844. Depuis huit jours, il tousse et a la fièvre : décubitus dorsal, suffusion ictérique, peau brûlante, pouls large, à 100, urines rares, et rouges, langue blanche, constipation, douleur au côté droit du thorax, aspiration haute, inspirations 44, toux, expectoration rouillée; son mat en arrière et à droite, absence de bruit vésiculaire, râle crépitant, ægophonie. Saignée le matin et le soir, répétée le lendemain avec adjonction de l'émétique 0, 3. Vomissements bilieux, fatigants ; le son mat augmente. Aggravation des accidents; vomituritions continuelles, langue sèche, ventre météorisé, délire la nuit. Vingt-cinq sangsues sur le ventre. Persistance des accidents. Une tumeur phlegmoneuse se prononce sous l'aisselle droite le 12 août ; le 21, ouverture de l'abcès, sortie d'une grande quantité de pus. Dans la nuit du 24, crachement de pus très abondant; mort le 31.

Nécropsie. — Énorme abcès dans le creux de l'aisselle. Péricarde et cœur sains. Trachée et bronches colorées en rouge, contenant du pus analogue à celui qui a été expectoré. Poumon droit refoulé par une grande quantité de sérosité citrine ; son tissu est gris, friable, imperméable, creusé, dans le lobe moyen, par plusieurs excavations affaissées, communiquant les unes avec les autres; muqueuse de l'estomac d'un rouge foncé, présentant trois ulcérations.

— *Réflexions.*

Il faut se prémunir contre l'erreur qui consiste à confondre les ramollissements tuberculeux ou même la dilatation des bronches avec les abcès aigus du poumon. Ici, il n'y avait point de doute. M. Grisolles n'a pu réunir que vingt-deux cas d'abcès aigus du poumon. Cette rareté de la terminaison de la pneumonie tient probablement à la texture fibreuse du tissu cellulaire du poumon, suivant la distinction établie par Dupuytren. M. Laveran note ensuite la coïncidence de la péricardite avec la pneumonie gauche dans deux cas. Les trois abcès occupaient les lobes inférieurs, comme ceux cités par Stokes, tandis qu'ils siégeaient au sommet dans les observations analysées par M. Grisolles. Excepté le pre-

mier, les malades étaient affaiblis par la maladie ou des excès. La complication de l'épanchement pleurétique a obscurci le diagnostic de l'abcès pulmonaire dans les trois cas; cependant, dans le second cas, M. Laveran crut à une excavation tuberculeuse, et, dans le troisième, à un abcès de la plèvre communiquant avec les bronches; chez les deux derniers, il y a eu une fièvre de suppuration. Le défaut de soins, dans les premiers jours de la pneumonie, et la violence de l'inflammation compliquée deux fois de péricardite, ont certainement favorisé la formation de ces abcès. Peut-être même la péricardite peut-elle être considérée comme une cause permanente d'irritation qui a entretenu l'inflammation et l'a portée jusqu'à la suppuration.

ABCÈS MULTIPLES DU FOIE, t. LV, p. 118 (*Voyez* HEPATITE CHRONIQUE).

ABCÈS. — Observation d'abcès situé dans la trachée-artère, t. LI, p. 232. (*Voyez* CHIRURGIE).

ACIDE BROMHYDRIQUE. — Note sur la préparation de l'acide bromhydrique; par M. *E. Millon*, pharmacien aide-major, professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. L, p. 306.

Les anciens procédés à l'aide desquels on obtenait l'acide bromhydrique présentaient assez de lenteur ou de difficultés pour faire désirer un mode de préparation plus prompt et plus facile. M. Millon a cherché à présenter le phosphore au brôme, en retenant ce dernier par une affinité faible qui lui permît d'agir sur le phosphore en modérant son action. La solution du brôme dans le brômure de potassium a réalisé ces conditions. Le brômure de potassium est mis dans un petit ballon, on y ajoute la moitié de son poids d'eau, puis on y verse le brôme; on introduit enfin le phosphore en petits fragments, et l'on adapte le tube de dégagement. Bientôt la réaction s'opère; elle peut devenir assez vive pour qu'on soit obligé de tenir le petit ballon dans l'eau froide. Lorsque le dégagement se ralentit, on chauffe légèrement à la flamme de la lampe à alcool. Le résidu est composé d'un mélange de brômure non attaqué et de phosphate de potasse, de sorte que le dégagement a réellement deux sources : la première réside dans la formation d'un brômure de phosphore que l'eau décompose en acide bromhydrique et en acide phosphorique; la seconde réside dans l'action de l'acide phosphorique formé sur le brômure de potassium. — Pour arriver à produire la réaction avec le plus de netteté, M. Millon a employé les quantités suivantes :

Brômure,	15	grammes ;
Brôme,	25	id.
Phosphore,	2	id.
Eau,	7	id.

L'acide produit entraîne quelquefois un peu de brôme, que le mercure absorbe aussitôt si on recueille le gaz sur le mercure, et que l'on arrête facilement à l'aide d'un petit flacon intermédiaire rempli d'amiante saupoudrée de calomel.

ACIDE BROMOBORIQUE, t. LX, p. 306. (*Voyez* BROME.)

ACIDE HYPOSULFUREUX LIBRE. — Note sur l'acide hyposulfureux libre ; par M. *Langlois*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. XLVIII, p. 366.

W. Herschell et M. Gay-Lussac avaient essayé d'isoler l'acide hyposulfureux en décomposant l'hyposulfite de strontiane par les acides forts ; mais l'acide qu'ils obtenaient n'avait qu'une existence éphémère : il se transformait bientôt en gaz sulfureux et en soufre, encore n'était-il pas pur. Une étude attentive de l'hyposulfite de potasse a conduit M. Langlois à des essais tendant à isoler de ce sel l'acide hyposulfureux. — Après avoir fait dissoudre l'hyposulfite de potasse dans l'eau froide, ce chimiste a versé par petites parties, dans la solution, de l'acide perchlorique. Le perchlorate de potasse s'est promptement déposé, et le liquide est resté transparent. M. Langlois atteignit facilement le point où la liqueur ne contient ni acide perchlorique ni hyposulfite de potasse, mais seulement de l'acide hyposulfureux. Le perchlorate fut séparé à l'aide d'un filtre. — Dans la crainte de décomposer l'acide hyposulfureux par une chaleur trop forte, le meilleur moyen d'opérer sa concentration est de l'exposer au-dessus de l'acide sulfurique dans le vide de la machine pneumatique.— L'acide hyposulfureux est liquide, inodore et sans couleur ; sa consistance est légèrement sirupeuse. Il arrive un moment où sa densité ne peut être augmentée sans en décomposer une partie. Il ne paraît pas très caustique, mais sa saveur est fortement acide et amère. Exposé à l'air libre, il en attire l'humidité. Introduit dans un petit tube de verre et chauffé, l'acide hyposulfureux se décompose à la température de 80°. Il se produit du gaz acide sulfureux et un dépôt de soufre. — Il résulte des essais faits par M. Langlois que l'acide hyposulfureux agit sur les différents sels métalliques de la même manière que l'hyposulfite de potasse, et que les acides nitrique et chlorique réagissent instantanément sur lui. L'acide perchlorique, mêlé à l'acide hyposulfureux, est demeuré sans aucune action.

ACIDE NITRIQUE. — Recherches sur l'acide nitrique ;

par M. *E. Millon*, professeur de chimie à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. LII, p. 354.

En examinant l'action de l'acide nitrique sur le chlorate de potasse, avec le désir de compléter l'étude des combinaisons oxygénées du chlore, M. Millon reconnut que la purification de l'acide nitrique présentait un problème non encore résolu, et que des altérations inaperçues ou négligées modifiaient ses propriétés d'une manière notable. Il ne s'éloigna ainsi de ses premières recherches que dans l'espérance d'ajouter quelques faits essentiels à l'histoire d'un des réactifs de la chimie.

Purification de l'acide nitrique. — Examen des anciens procédés de purification par le nitrate d'argent et par la litharge fine. Ces procédés laissent subsister dans l'acide nitrique de petites quantités d'acide nitreux. — Indication des réactifs les plus propres à décéler les moindres traces de sa présence. — Lorsque l'acide nitrique, par sa purification à l'aide du nitrate d'argent et de la litharge, a été distillé, il suffit de le faire bouillir durant quelques instants à l'abri des molécules organiques qui pourraient s'y déposer, pour le débarrasser complétement d'acide nitreux. En mettant à part le premier produit de la distillation, on enlève toute la partie nitreuse. Si l'acide nitrique contient en solution quelque substance organique, on le débarrasse de l'acide nitreux, dès le commencement de la distillation, au moyen du bichromate de potasse. — Par l'emploi de l'hydrogène sulfuré en solution, l'auteur a reconnu la présence des moindres traces d'acide nitreux dans l'acide nitrique, en ayant soin d'étendre l'acide d'une fois ou deux de son volume d'eau. Tous les acides plus ou moins hydratés, qui dérivent d'un acide dont la densité ne dépasse pas 1, 48, peuvent être obtenus à l'état de pureté par l'addition du bichromate de potasse; mais ce moyen est insuffisant pour les acides d'une densité supérieure. Aucun oxyde ne peut les débarrasser de la combinaison nitreuse. — Détails sur les moyens d'obtenir l'acide concentré par des distillations successives et fractionnées sur l'acide sulfurique, et emploi du nitrate d'urée dans sa purification.

Distillation et hydratation de l'acide nitrique. — Caractères de l'acide nitrique le plus concentré obtenu par l'auteur, par l'application de la chaleur et d'un courant d'acide carbonique. Son eau d'hydrate déterminée dans deux expériences. Examen des proportions tendant à faire considérer cet acide comme représentant assez exactement l'acide à un équivalent d'eau. — Conditions pour obtenir l'acide nitrique à son maximum de concentration — Expériences ayant pour but de démontrer que l'acide nitrique à un équivalent d'eau ne se distille pas, qu'il n'a par conséquent pas un point d'ébullition fixe, mais qu'on peut néanmoins l'obtenir pur dans une constitution réelle assez voisine de sa con-

stitution théorique. — L'acide à 2 équivalents d'eau est une combinaison par laquelle on ne fait que passer, et l'acide vraiment fixe, en partant d'un acide nitrique concentré, est celui qui renferme 4 équivalents d'eau, bien que l'expérience démontre qu'en agissant sur des quantités considérables, on puisse arriver à un acide plus hydraté. — Rappel et examen de l'opinion de Dalton, qui avait établi en principe qu'un acide concentré s'affaiblit de plus en plus par la distillation, tandis qu'un acide dilué se concentre. — Expériences et calculs qui permettent à l'auteur de constater l'exactitude de la table du docteur Ure, sur la densité et l'hydratation de l'acide nitrique, sur tous les points où il s'est rencontré avec lui.

Constitution de quelques nitrates. — La question des hydrates de l'acide nitrique fit naître chez l'auteur le désir de vérifier l'exaetitude de la formule générale que M. Graham a donnée des nitrates. — Examen raisonné des analyses de cuivre, de bismuth, de zinc, de magnésie du chimiste anglais. M. Millon reconnaît 6 équivalents d'eau dans les nitrates de manganèse, de cobalt et de nickel. — Détails sur la préparation des nitrates de magnésie, de zinc, de manganèse, de nickel, de cobalt et de chaux. Remarques sur la cristallisation de ces nitrates, et calculs sur les proportions de leur composition. — Le nitrate de chaux n'avait encore été l'objet d'aucune analyse.

Chlorate de potasse et acide nitrique. — L'acide nitrique pur dissout le chlorate de potasse sans trace apparente de décomposition. Durant le réfroidissement de la solution, le chlorate de potasse cristallise sans contenir des quantités sensibles de nitrate. Si l'acide nitrique est affaibli, on peut faire bouillir la solution quelques instants sans qu'aucune décomposition devienne visible; mais, à mesure que l'acide se concentre, ou si l'on a pris pour point de départ un acide concentré, le chlorate de potasse ne tarde pas à se décomposer. — Détails des expériences sur les effets de la solution du chlorate de potasse dans l'acide nitrique, comme moyen d'oxydation. Action de cette oxydation sur le soufre et le sélénium.

Action de l'acide nitrique sur plusieurs métaux. — Un fait nouveau s'est révélé aux recherches de l'auteur : c'est que l'acide nitrique affaibli, parfaitement pur, n'attaque ni le cuivre, ni le mercure, ni le bismuth. On savait que l'acide nitrique, dans un très haut degré de concentration, n'attaquait pas quelques métaux, le fer et l'étain par exemple; mais cet acide affaibli était considéré comme un de leurs oxydants les plus énergiques : il n'en est rien pourtant. La règle la plus générale que l'on puisse établir, c'est que l'acide nitrique pur n'attaque pas les métaux, si l'on excepte toutefois les métaux alcalins. — Exposition des faits observés tendant au développement de cette proposition. — Expériences et observations sur le cuivre, l'argent, le mercure, le bismuth, l'étain, le zinc, le fer, l'antimoine, l'arsenic, mis en

contact avec l'acide nitrique fortifié de quelques gouttes de solution de nitrite de potasse, à différents degrés de température. — Les gaz qui résultent de l'oxydation diffèrent, suivant le degré de concentration de l'acide et la température à laquelle elle s'exerce. — Considérations sur la formation de l'eau régale. Son action sur la mousse de platine.

ACIDE OXALIQUE. — Sa présence dans les champignons, t. XLIV, p. 380. (*Voyez* CHAMPIGNONS.)

ACIDE SULFUREUX. — Note sur l'action de l'acide sulfureux sur les monosulfures alcalins; par M. *Langlois*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. LVIII, p. 356.

On savait que les sulfures alcalins, dissous dans l'eau, étaient transformés en hyposulfites par un courant d'acide sulfureux; mais il restait à découvrir quelques-unes des causes qui concourent à cette transformation. M. Langlois a espéré parvenir à les trouver en opérant sur des monosulfures obtenus par la réduction des sulfates alcalins portés à une haute température en présence du charbon. — Dans ses expériences, l'auteur a constamment obtenu avec les sulfures de baryum, de strontium, de calcium, de magnésium, de l'hyposulfite ordinaire, et avec ceux de potassium, de sodium, le même sel accompagné d'une proportion plus ou moins forte de sulfhyposulfate. — Les essais sur le monosulfure de baryum, préparé au moyen d'une solution très concentrée, dans laquelle on fit arriver du gaz sulfureux lavé et provenant de l'action de l'acide sulfurique sur le mercure, ont donné pour résultat une précipité abondant formé d'hyposulfite de baryte et de soufre. En traitant le précipité par l'eau distillée et à plusieurs reprises, l'auteur parvint à dissoudre l'hyposulfite et à isoler le soufre. Par le refroidissement les dissolutions fournirent de petits cristaux aiguillés et très blancs. — Le sulfure de baryte employé, renfermait, dans sa composition, soufre 6 gr. 58. Le soufre qui s'est déposé pendant l'expérience pesait 3 gr. 34, ce qui fait à peu près la moitié de celui existant dans le sulfure. Ce résultat eut d'abord faire présumer que le dépôt de soufre était une conséquence de la transformation des sulfures alcalins en hyposulfites. — L'hyposulfite de baryte obtenu par le procédé de M. Langlois ne diffère en rien de celui proposé par d'autres méthodes. Sa composition est représentée par la formule suivante :

$$Ba\,O,\ S^2\,O^2 + H^2\,O.$$

Conséquemment le sel, décomposé par l'acide sulfurique, doit donner sur 100 parties 87, 22 de sulfate de baryte. La moyenne de plusieurs expériences a été de 87, 41. — L'exemple du mono-

sulfure de baryum peut faire comprendre comment s'opère le passage des sulfures alcalins en hyposulfites, sous l'influence de l'acide sulfureux. 3 équivalents de cet acide transforment 2 équivalents de monosulfure en une égale quantité d'hyposulfite. Ainsi que l'analyse l'a démontré, le poids du soufre précipité représente la moitié du soufre existant dans le monosulfure employé. — Les sulfures de strontium, de calcium, de magnésium, de potassium et de sodium, soumis à l'action de l'acide sulfureux, dans les mêmes conditions que le sulfure de baryum, n'ont offert que certaines particularités dont les détails, qu'il serait trop long de rappeler, ne détruisent en rien les principes généraux qui viennent d'être établis.

AFFECTIONS CHIRURGICALES. — Compte rendu des affections chirurgicales de l'armée d'expédition de Constantine, au mois de novembre 1836; par M. *F. Hutin*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bone, ex-chirurgien en chef du corps d'expédition de Constantine, t. XLIV, p. 161.

ARTICLE 1er. PLAIES PAR ARMES DE GUERRE. § Ier *Plaie par instrument tranchant.* 1re *observation.* Coup d'yatagan ayant divisé complétement la joue gauche ; suture enchevillée. Petite plaie au cuir chevelu. L'auteur insiste sur la nécessité de n'opérer le rapprochement, dans la suture, que d'une manière fort légère et en quelque sorte incomplète. Il préfère la suture enchevillée à toute autre. § IIe. *Coups de feu.* L'auteur préconise l'application de linges fenêtrés enduits de styrax sur les plaies par armes à feu, et les pansements rares. Il s'abstient, en général, du débridement préventif; mais il le pratique toujours dans les plaies de tête. 2e *observation.* Balle implantée dans le frontal. Extraction du projectile, qui est retiré en deux moitiés, dont l'une était restée engagée dans le diploë. Guérison dans l'espace de vingt-huit jours. Cicatrice adhérente. 3e *observation.* Coup de feu à la partie antérieure de la suture sagittale, ayant intéressé la table externe et le diploë des deux pariétaux. Au bout d'un mois, un accès de fièvre survint, et l'on reconnut que les bords de la plaie étaient réunis, mais qu'ils cachaient un décollement et une collection de pus. Large débridement. Guérison. 4e *observation.* Balle ayant pénétré obliquement de devant en arrière dans le muscle masséter gauche; on ne peut la retrouver. Abcès vers les condyles de l'occipital : on l'ouvre, et on en retire le projectile. 5e *observation.* Coup de feu à l'angle maxillaire gauche. Déglutition pénible; dyspnée; asphyxie imminente. On trouve la balle environ à un centimètre et demi au dessus de la clavicule, et on l'extrait. Soulagement indicible. Abcès multiples. Mort. *Autopsie* : Caractères

anatomiques d'une entéro-colite ; pus dans la veine sous-clavière gauche. 6e *observation.* Coup de feu à l'angle maxillaire gauche. Le projectile est situé entre les scalènes, environ à un centimètre et demi de la plèvre. On le retire. Fusée de pus dans la poitrine. Mort. Fonte purulente du poumon correspondant. 7e *observation.* Coup de feu à la partie postérieure et latérale droite du cou ; suppuration entretenue par un morceau de drap ; prompte guérison après l'extraction du corps étranger. 8e *observation.* Balle ayant pénétré à un pouce et demi environ au dessus de la clavicule gauche, et s'étant cachée entre les muscles scalènes, d'où on la retira. Mort inopinée au bout de quelques jours. Ulcération de la veine sous-clavière gauche ; épanchement de sang dans la plèvre. 9e *observation.* Balle au côté gauche du cou, entrée environ à deux centimètres et demi au dessous du bord du maxillaire inférieur et faisant saillie au point diamétralement opposé. Fracture de l'os hyoïde. Esquilles. Sortie du blessé. 10e *observation.* Coup de feu à la fesse ; autre coup de feu à la partie antérieure et interne droite de la poitrine, qui a été traversée. Larges saignées ; diète absolue ; bandage de corps très serré. Guérison prompte. 11e *observation.* Balle ayant pénétré entre le téton droit et le sternum et étant sortie vers la partie supérieure du bord axillaire de l'omoplate. Crachements de sang abondants. Guérison prompte. 12e *observation.* Contusion dans le flanc gauche par une balle morte ; eschare. Guérison. 13e *observation.* Plaies avec fracture de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche par un biscaïen ricoché. Dénudation du péritoine ; péritonite commençante, enrayée par la saignée. Ablation de plusieurs esquilles volumineuses. Guérison. 14e *observation.* Balle ayant pénétré dans la hanche droite, traversé l'ilion, et n'ayant pu être retrouvée. Tétanos. Saignée ; tartre stibié et opium à haute dose ; musc ; camphre ; sulfate de quinine. Cessation des accidents tétaniques. Abcès dans l'épaisseur de l'un des muscles sterno-mastoïdiens. Douleur à l'aine droite, s'étendant à toute la cuisse jusqu'au genou inclusivement. Formation d'un abcès au genou. Accès quotidiens ; marasme. Mort. On trouve la balle près du bord externe du muscle psoas, comprimant la racine du nerf crural fournie par les deuxième et troisième nerfs lombaires. *Plaies dans la continuité des membres, sans fractures.* Inconvénients des affusions froides, dont l'auteur ne conteste pas les avantages. Remarques critiques sur l'usage des cacolets. L'auteur se loue beaucoup de l'emploi du tartre stibié à haute dose dans les inflammations traumatiques. Il insiste sur la nécessité de la diète d'aliments et même de boissons pour prévenir les vomissements. Il examine la question du débridement préventif, et il en formule rapidement les indications et les contre-indications. Dupuytren a eu tort, suivant lui, de le proscrire dans les plaies du derme chevelu. Il se prononce formellement contre l'excision des chairs qui forment le pourtour de l'ouverture, et il n'accorde pas beaucoup de confiance à la réunion

immédiate des plaies d'armes à feu au moyen de sutures ou de bandelettes. *Plaies dans la continuité des membres avec fractures.* Les fractures ont été complètes ou incon plètes. Ici le débridement est opportun, pour l'extraction du corps étranger, s'il est resté dans la plaie, et des esquilles. Le pansement, quand la fracture était incomplète, a consisté : dans l'application d'un bandage roulé sur le membre, à partir de son extrémité digitale; dans celle de linges fenêtrés, enduits de styrax sur la plaie; dans l'application, au besoin, de compresses expulsives, et enfin dans celle du bandage à quatre ou six chefs. Le pansement des fractures complètes a consisté dans l'application du bandage inamovible laissé à demeure un mois au plus ; l'auteur s'en loue beaucoup. 15e *observation.* Balle ayant traversé le bras gauche et brisé l'humérus en éclats. On enlève quelques esquilles, et on met le membre dans un appareil à fractures; le bras se tuméfie, et la suppuration est très abondante. De nouvelles esquilles sont extraites. Un bandage roulé est appliqué depuis l'extrémité digitale jusqu'à l'angle inférieur de la plaie largement débridée, et d'autre part un spica recouvre l'épaule au dessus de cette même plaie, qui est recouverte de linges fenêtrés; un bandage inamovible maintient le tout, et reste en place environ un mois. Guérison. 16e *observation.* Balle au tiers postérieur et supérieur du bras droit; l'humérus était fracturé comminutivement. Extraction des esquilles. Le membre fut assujetti dans un appareil à fracture ordinaire, vu la présence d'une grande esquille qui pouvait se détacher, mais qui se recolla. Guérison. 17e *observation.* Coup de feu à bout portant à l'avant-bras gauche, ayant fracassé le cubitus et effleuré le radius. Extraction d'esquilles nombreuses. L'appareil est laissé en place pendant près de trois semaines. Guérison. 18e *observation.* Fracture complète de la jambe droite, avec saillie de plus de cinq centimètres de l'extrémité supérieure du tibia. Gonflement énorme du membre. Hémorrhagie plusieurs fois répétée par la plaie. On applique néanmoins le bandage inamovible, après avoir été plusieurs fois obligé de lever l'appareil ordinaire employé d'abord, et on le laisse en place pendant deux mois. Guérison. 19e *observation.* Balle ayant pénétré au tiers inférieur externe de la jambe droite, ayant brisé le péroné, et étant restée engagée dans la masse musculaire. Extraction du projectile et de plusieurs esquilles. Au bout de quelques jours, vaste suppuration dans l'épaisseur de la jambe, puis hémorrhagie par suite de l'ulcération de l'artère péronière. Amputation au bas de la cuisse; engorgement parotidien considérable; mort par asphyxie. 20e *observation.* Fracture du col du fémur gauche par un coup du feu. Amputation coxo-femorale. Mort inopinée le neuvième jour. On trouva l'estomac plein d'eau-de-vie. 21e *observation.* Même lésion que dans le cas précédent. Amputation coxo-fémorale. Mort dans la soirée du jour de l'opération. 22e *observation.* Balle ayant fracturé le fémur droit au tiers inférieur,

et n'ayant fait qu'une seule esquille. Peu d'accidents. On met un bandage ordinaire. Quelques jours après, tétanos. Divers moyens sont employés sans succès. Amputation. Guérison. 23e *observation.* Humérus fracturé par une balle, un peu au dessus du tiers moyen. Extraction de six esquilles. Un mois après, tout à coup, et au milieu d'un état satisfaisant, production de la gangrène. Amputation scapulo-humérale. Le canal médullaire était rempli par une esquille longue de six ou sept centimètres. Mort assez longtemps après, par suite d'une maladie indépendante de l'opération. *Plaies dans la contiguité des membres.* Elles ont été *extra* ou *intra* articulaires. 24e *observation.* Fracture comminutive du coude par coup du feu. Amputation du bras : section circulaire de la peau ; formation de deux lambeaux musculaires ; section des chairs à la base des lambeaux. Cicatrisation presque complète de la plaie; refroidissement ; pleurite. Mort. Remarques sur le procédé employé. 25e *observation.* Coup de feu au coude droit. La balle a pénétré entre le radius et le cubitus, et est sortie en arrière et en dedans au dessus de l'épitroklée. Tartre stibié à haute dose. Guérison avec ankylose. *Plaies du poignet, des mains, des pieds, du talon.* Courtes remarques sur leur traitement. 26e *observation.* Coup de feu au talon gauche. La balle traverse le calcanéum et se perd dans le tarse. Pansement simple. Quelques jours après, extraction du projectile et des esquilles. Vives douleurs. Le blessé demande à être amputé. Trismus ; amputation. Guérison.

AFRIQUE. — Documents pour servir à l'histoire des maladies du nord de l'Afrique, t. LII, p. 1. (*Voyez* ALGERIE.)

AGNÈS, D. M. P., *chirurgien-aide-major au* 6e *régiment d'infanterie légère* (1). — Mémoire sur une épidémie de dysenterie, observée à Ancenis (Loire-Inférieure), t. XLIV, p. 320.

ALCOOL. — Note sur l'action de l'alcool sur quelques solutions salines ; par M. *J.-J. André*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. L, p. 324.

Si l'on ajoute de l'alcool dans une solution saline un peu concentrée, les deux liquides se troublent par l'agitation, se parta-

(1) Actuellement chirurgien-major de 2e classe, au 22e régiment de ligne.

tagent en deux couches qui redeviennent transparentes par le repos. Ces faits sont particulièrement tranchés si l'on soumet à l'action de l'alcool une solution de sulfate d'ammoniaque. Ce sel réunit à une grande affinité pour l'eau une assez forte disposition à cristalliser. — Après les détails de diverses expériences, l'auteur pense pouvoir établir pour conclusions : — Que la séparation en deux couches d'une solution saline additionnée d'alcool, n'a jamais lieu que pour des sels insolubles dans ce dissolvant, qui, en revanche, sont très solubles dans l'eau. — Que ces sels doivent avoir une grande affinité pour ce dernier liquide, dont ils retardent le point d'ébullition d'une manière assez marquée; qu'ils ne doivent cristalliser qu'avec une certaine difficulté, tels sont les carbonate et silicate de potasse, le phosphate d'amoniaque, le tartratre neutre de potasse, les sulfates d'ammoniaque et de zinc. — Enfin, que les sels très solubles dans l'eau, cristalisent très facilement, et étant très efflorescents, possèdent aussi cette propriété, mais à un bien plus faible degré, et en s'aidant souvent de l'action de la chaleur, surtout pour les derniers que nous allons nommer : sulfate de magnesie, de mangénèse et de soude, carbonate et phosphate de sonde, sulfate de fer et de cuivre. — Quant aux sels qui sont insolubles dans l'alcool, et médiocrement solubles dans l'eau, l'alcool les précipite sans aucun phénomène particulier. C'est ce qu'on peut voir avec les nitrate et chlorate de potasse.

ALGER. — Maladies observées à Alger, t. XLVII, p. 193 (*Voyez* maladies).

ALGÉRIE. — Documents pour servir à l'histoire des maladies du nord de l'Afrique, par M. *Laveran*, médecin adjoint à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, t. LII, p. 1.

M. Laveran, dans le but d'établir un parallèle entre les maladies de l'Afrique, où il arrivait, et celles de la France, qu'il venait de quitter, donne d'abord le tableau des maladies qu'il a traitées du mois d'avril au mois d'octobre 1840.

De la gastro-entérite typhoïde. Les cas s'en élèvent au nombre de 48 dont 9 en avril, 13 en mai, 9 en juin, 17 en juillet; aucun ne se présenta depuis. Pas un seul de ces malades n'avait un an de séjour; trente-huit avaient moins de vingt-quatre ans; faits confirmatifs de ce qui a été constaté à Paris. M. Laveran énumère ensuite les symptômes de la maladie; il n'a vu que quatre fois les taches rosées, mais les sudamines 22 fois, et les parotidites 8 fois; la diarrhée a toujours été un symptôme grave, surtout dans la convalescence; car, sur seize hommes qui ont succombé à la gastro-entérite typhoïde, six ont péri pendant la con-

valescence, par le fait de la colite chronique, qui est comme la phthisie des pays chauds. La mortalité de cette maladie a été de 16 sur 48; mais trois fois la mort a été produite par une perforation intestinale. La moyenne du séjour est moins élevée d'un mois pour les morts que pour les guéris. En résumé, la fièvre typhoïde d'Afrique est identique à celle de Paris, et l'opportunité du sulfate de quinine dans son traitement n'y est qu'accidentelle.

Suivent sept observations de gastro-entérite typhoïde dont la dernière fut prise pour une fièvre pernicieuse.

Des fièvres endémo-épidémiques. Pendant les six premiers mois de l'année on ne trouve que des affections sporadiques et d'autres consécutives aux maladies de l'année précédente ; puis tout-à-coup les affections sporadiques disparaissent, et toutes les maladies se confondent en une seule pour ainsi dire. Ce sont les fièvres et les dysenteries dont l'origine semble commune. Sur deux cents quarante-deux fébricitants quatre-vingt-un avaient moins d'un an, et cent soixante-un avaient plus d'un an de séjour en Afrique, ce qui fait désirer de fréquentes évacuations sur la France.

Symptômes des fièvres intermittentes. Trois cent vingt-huit étaient quotidiennes et six cent dix-neuf tierces ; sept cent soixante-dix-neuf étaient primitives, et cent soixante-dix-huit récidivées. Dans les cas de récidive, M. Laveran a trouvé de l'ascite, mais jamais les urines albumineuses. Il place ici une observation, la huitième du mémoire, de dysenterie chronique consécutive à une fièvre tierce ; dès son entrée à l'hôpital, ce malade avait des selles liquides ; le sulfate de quinine arrêta la fièvre; mais la diarrhée, cachée longtemps, ne cessa de s'aggraver ; l'autopsie fit voir une rougeur vive du canal digestif, mais point d'ulcération. La neuvième observation est tout-à-fait analogue à la huitième ; seulement la fièvre était quotidienne. La dixième n'en diffère qu'en ce qu'il y eut, de plus, anasarque; l'autopsie ne donne pas l'explication de cette hydropisie.

Des fièvres rémittentes. Il y en eut quatre cas en juin, vingt-deux en juillet, treize en août, dix en septembre, vingt-trois en octobre. Pour donner une idée de cette maladie, M. Laveran en cite sept observations ; dans six d'entre elles, il y eut diarrhée ou dysenterie et une fois parotidite.

Des fièvres endémo-épidémiques continues. L'auteur en rapporte six observations dont trois mortelles. Suivant lui, cette maladie règne en même temps que les fièvres intermittentes, leur fait suite, les précède quelquefois, et certainement est de même nature ; elles peuvent être arrêtées au début; mais d'autres fois elles se prolongent, s'entourent du groupe de symptômes qu'on désigne sous le nom d'adynamie, et entraînent la mort par leur violence ; comme les fièvres intermittentes et rémittentes, elles aboutissent souvent à la dysenterie chronique. D'ailleurs elles ont le même aspect général que les fièvres d'accès : céphalalgie,

douleurs dans les membres, fièvre plus ou moins intense; pas de météorisme, plus souvent de la dysenterie et plus souvent encore des symptômes nerveux.

Des fièvres endémo-épidémiques pernicieuses. Ici se trouvent douze observations de fièvres pernicieuses de différentes formes, devenues mortelles, et dont les autopsies sont détaillées. Dans le résumé que fait ensuite M. Laveran, il remarque qu'aux symptômes communs aux fièvres endémo-épidémiques sont venus s'ajouter des symptômes saillants : des convulsions, le délire, le coma, de violentes douleurs, un refroidissement sans réaction, etc.; d'ailleurs une fièvre est pernicieuse par sa nature, quelle que soit du reste sa forme. Ce n'est pas le délire, le coma, qui servent à l'auteur à donner le nom de pernicieuse à une fièvre soumise à son observation, mais plutôt un caractère de malignité, facile à méconnaître, il est vrai, plus difficile à définir, mais dont la notion pourra être acquise par la connaissance de l'influence épidémique, l'invasion brusque, la marche insidieuse, et enfin cette irrégularité, cette ataxie des phénomènes qui sont comme une trace de l'atteinte profonde portée à la vie par un agent ignoré. Il est très remarquable que, dans les saignées, le sang ne s'est que deux fois couvert de couenne, et celle-ci était une fois molle, tremblottante.

Dans la convalescence des fièvres endémo-épidémiques, il n'y a pas le moindre danger à nourrir rapidement; le pouls se ralentit notablement, jusqu'à quarante-cinq pulsations. Son accélération indique en général une dysenterie dissimulée.

Dans les cas où la mort est survenue longtemps après le début de l'affection, M. Laveran a constamment trouvé des traces de dysenterie chronique, compliquée ou non d'hydropisie ou de scorbut. Quand la mort a lieu dans l'état aigu, on trouve toujours de la sérosité plus ou moins sanguinolente dans les méninges; de l'injection de ces membranes; jamais de traces de phlegmasie dans le système nerveux; du sang liquide, noir et en petite quantité dans le cœur et le système circulatoire; de l'engouement dans les poumons; des mucosités sanguinolentes dans les bronches. Six fois sur quatorze, existait l'altération propre à la dysenterie; cinq fois un ramollissement du foie, et toujours une augmentation de volume de la rate, d'ailleurs plus ou moins ramollie.

Place nosologique, nature des fièvres dites intermittentes. L'auteur place ces dernières dans la classe des maladies où l'altération anatomique ne sert que de caractère nosologique, où la lésion vitale est le fait dominant, à côté de l'entérite typhoïde, de la fièvre jaune, de la peste, du choléra, de la variole, de la rougeole et de la scarlatine. Abordant la nature de la maladie, M. Laveran exclut, comme cause des congestions, une action nerveuse, l'irritation, parce que rien n'a justifié, pour lui, les essais de localisation; il accuse une altération du sang, et ce qui justifie encore ce rapprochement, c'est la combinaison de ces fièvres

avec la dysenterie et le scorbut. Il distingue donc : 1° des accès de fièvre intermittente, par action nerveuse; 2° la fièvre intermittente endémo-épidémique, qui est une intoxication avec tendance à l'élimination par un flux intestinal et par une inflammation spécifique, la dysenterie; il ajoute : 3° que l'intoxication peut tuer sans réaction ; 4° que l'élimination peut avoir lieu sans réaction; 5° que l'affection peut devenir mortelle par la forme de la réaction (accès pernicieux); 6° qu'elle peut tuer par les inflammations spécifiques consécutives.

Traitement des fièvres endémo-épidémiques. Il y a ici un spécifique, sauf les cas de réaction trop forte, M. Laveran a rarement employé les émissions sanguines, et il a débuté par le sulfate de quinine administré le plus loin possible de l'accès; à la dose de 1 gramme dans les fièvres ordinaires, de 2 grammes par le haut et autant par le bas dans les fièvres graves et pernicieuses. Mais il faut prendre garde à la dysenterie chronique qui vient enlever tant de convalescents; aussi autant accorde-t-il de nourriture dans les convalescences franches, autant insiste-t-il sur la diète au moindre signe de flux intestinal. L'éloignement de l'Afrique ne suffit pas toujours pour prévenir les récidives. Suivent deux observations de succès de ce traitement dans deux cas de fièvre pernicieuse, dont l'une algide et l'autre syncopale.

De la dysenterie aiguë et chronique, des diarrhées endémo-épidémiques. D'après le relevé de l'âge de 219 malades, c'est de 23 à 25 ans qu'il y aurait le plus de disposition aux colites spécifiques. Quant à l'acclimatement, les hommes ayant moins d'un an de séjour en Afrique ont été aux autres comme 5 est à 1. L'influence des constitutions faibles est analogue à celle de l'arrivée récente, ce qui fait craindre que les hommes qui, dans les garnisons du nord, eussent succombé à la phthisie, ne périssent en Afrique par la dysenterie chronique. Un trajet fait au soleil peut développer une dysenterie, et le vent du désert accroît en général la mortalité. L'air des amphithéâtres n'a pas paru avoir d'influence; il n'en est pas de même des foyers d'infection résultant de l'accumulation des malades; mais rien ne permet d'établir la contagion suivant quatre observations de dysenterie, dont deux suivies de mort et deux de guérison. Voici le traitement employé par M. Laveran. Au début, que le flux soit sanguin ou séreux, s'il n'y avait point de symptôme de gastro-entérite, calomel à haute dose, à 1 ou 2 grammes. Si cette méthode échoue ou qu'il y ait chaleur, fréquence du pouls, émissions sanguines, opiacés, émollients; mais contre 9 succès sur 18 fois dans le premier cas, il y aura presque toujours insuccès dans les seconds. Dans l'état chronique, la médecine est le plus souvent impuissante; les deux écueils sont d'accroître la faiblesse ou d'entretenir l'inflammation : dans ces cas, après quelques émissions sanguines, la diète et les émollients lorsqu'il y avait des symptômes d'irritation, M. Laveran essaie de nourrir très-lentement, et excite quelque-

fois la digestion par du vin à faible dose; tous les autres stimulants ont échoué entre ses mains et les opiacés débilitent trop.

Des abcès du foie. 1er *Observation.* Homme de 25 ans, de constitution médiocre, entré le 12 juillet, malade depuis deux jours et depuis 8 mois en Afrique : diarrhée, douleurs abdominales vagues, céphalalgie, chaleur de la peau, fréquence du pouls, météorisme, selles liquides. Une saignée; sang non couenneux. Rien n'éveille l'attention sur l'état du foie. Accès de fièvre, frissons; sulfate de quinine; teinte ictérique, décubitus latéral à droite, douleur à l'épigastre ressentie à la palpation. 30 sangsues *loco dolenti.* Les jours suivants, même état; œdème du côté droit de la face; écoulement purulent par les fosses nasales. Au 14e jour, violente douleur de l'abdomen, survenue brusquement, peau froide, pouls petit, dur, fréquent, nausées, face crispée; mort, le lendemain matin. L'autopsie fait voir les cornets moyen et inférieur tapissés par une fausse membrane; la membrane muqueuse d'un rouge brun, s'étendant au voile du palais et au pharynx. Sang liquide dans le cœur. Liquide trouble contenant du pus et des fausses membranes dans le péritoine. Foie occupant tout l'épigastre, d'un rouge brun : offrant à la partie supérieure du lobe gauche une dépression en godet; trace de la perforation d'un abcès; autre abcès dans le lobe droit, contenant du pus blanc; troisième abcès dans le lobe de Spigel. Rate volumineuse; portion cardiaque de l'estomac d'un blanc mat et ramollie. Matières jaunes dans les intestins.

2e *Observation.* Homme âgé de 25 ans, entré le 13 septembre, accusant une douleur au flanc droit, fièvre le soir, décubitus dorsal, anorexie, météorisme, selles liquides. Une saignée et 30 sangsues. Le lendemain, ictère des sclérotiques. Vésicatoire; on croit à une pleurite diaphragmatique; persistance de la fièvre, diarrhée, maigreur; mort le 24e jour. A l'autopsie, foie jaune, offrant, vers la face inférieure de son lobe droit, une ouverture qui conduit dans un abcès contenant du pus blanc, et tapissé par une fausse membrane épaisse; rate volumineuse, noire, ramollie; phlegmasie chronique du gros intestin.

Il est rare, dit M. Laveran, de trouver en Europe, deux cas d'abcès du foie en neuf mois; ces deux observations témoignent donc de l'influence que la chaleur exerce sur le développement de l'hépatite. Si l'affection a été méconnue dans le 1er cas et prise pour une pleurite, dans le second, ce n'est pas que les symptômes n'eussent pas pu mettre sur la voie, c'est qu'on ne s'attend pas à ce genre de maladie. M. Laveran note ensuite que les abcès étaient enkystés, que le pus était blanc, et qu'autour il existait des traces d'hépatite aiguë.

ALGÉRIE. — Nouveaux documents relatifs à l'histoire médicale de l'Algérie, t. LII, p. 115.

Le conseil de santé ayant reçu de MM. les officiers de santé militaires de l'armée d'Afrique, un grand nombre de mémoires et de rapports sur la topographie et les maladies des différentes parties de l'Algérie, et pénétré de la nécessité de faire connaître au plus tôt ces documents aux médecins qui sont en Afrique ou qui s'y rendent tous les jours, a résolu de publier ces importants travaux soit en entier, soit par extraits ou analyses.

ORAN.

1° *Rapport sur les maladies d'Oran pendant les années* 1838 *et* 1839, *par* M. le docteur Marseilhan; 2° *Rapport sur la province, la ville, les hôpitaux et le climat d'Oran*, etc., *pendant les années* 1840 *et* 1841, *par* M. le docteur Soucelyer.

D'après la description topographique donnée par M. Soucelyer, la ville d'Oran est située au fond d'une baie; elle est étagée sur le sommet et le versant de trois collines, et coupée par un ravin qui la sépare en deux parties. Elle diffère de presque toutes les villes de l'Afrique par l'éparpillement de ses constructions et la largeur de ses rues; d'où il suit que d'un côté, on y est plus exposé aux rayons du soleil, et que, de l'autre, l'air y circule plus facilement, et que les vents d'ouest s'y font fortement sentir. La brise de mer s'élève à l'heure même où commence à se faire sentir la plus grande chaleur du jour.

L'île de Rachegoun, sitée à 10 minutes du littoral, est un rocher sec et aride; il n'y a d'eau que dans les citernes, et l'on est obligé souvent de venir la chercher à Oran; il s'y développe peu de maladies.

Le camp de Brédia, en avant de Misserghinn, sur la route de Tlemcen, est situé près d'un marais très-étendu, dont les eaux, en grande partie évaporées en été, laissent à nu une large surface à fond vaseux; il est très insalubre et a été évacué.

Misserghinn était l'ancienne maison de plaisance des beys, et se distinguait par l'abondance et la pureté de ses eaux, ses oliviers séculaires et ses jardins d'orangers; mais les arbres ont été abattus. Cette localité est à une heure du grand lac salé; on y remarque des fièvres intermittentes graves, pernicieuses.

Le camp du figuier a été assaini par le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique, mais on voit encore des dysenteries et des affections scorbutiques.

Mers-el-Kebir, forteresse placée sur un rocher des plus arides; est très sain. Le village qui y tient est peu important.

Le port d'Arzew, est, avec celui de Mers-el-Kebir, le plus grand et le plus sûr de toute la côte. La nouvelle ville de ce nom consiste en un fort, en des casernes barraquées et quelques maisons occupées par des marchands et des cantiniers. L'eau y est fade saumâtre, et dispose à la diarrhée.

L'hôpital est constitué par trois corps de bâtiments différents,

séparés comme trois hôpitaux, mais n'en faisant cependant qu'un, celui de la mosquée est situé dans une espèce de trou, à l'abri des vents d'est et du nord, dans un lieu bas, au-dessous du sol dans certains points ; c'est, sous le rapport de l'extérieur, un des plus beaux de l'Algérie. Celui de la Casbah est sur le sommet d'une des trois collines d'Oran ; il est difficile d'y aborder ; l'eau de la citerne y est mauvaise, fade et chargée de sels de chaux.

Eaux de la province d'Oran. Les eaux qui y servent viennent de quatre sources différentes. 1° Celle de la Mosquée donne des eaux très-magnésiennes. 2° Celle du Ravin a une eau fraîche, qui contient quelques sels déliquescents et peu de magnésie ; 3° celle de la Confiance la plus recherchée fournit l'eau la moins chargée de sels. 4° Celles des rues Monthabor et Philippe possèdent une eau dont les résidus salées ne sont pas déliquescents.

Quant à l'eau des sources d'Arzew, elle a une saveur amère assez prononcée ; celle de Mostaganem est moins impure ; celle du camp du Figuier, est très-insalubre. Suit l'analyse chimique de toutes ces eaux comparée à celle des autres villes de l'Algérie, d'où M. Marseilhan déduit les propositions ci-après. 1° Les eaux de l'Algérie, comprises dans le tableau cité plus haut, contiennent toutes des quantités de sels supérieures à l'eau de Seine, et ces quantités sont supérieures pour celles de la province d'Oran. 2° Toutes, à l'exception de celle de Mostaganem, renferment des sels de soude, et la quantité de ces sels domine dans les eaux d'Oran. 3° Toutes contiennent des sels magnésiens, et la proportion en est encore plus grande dans les sources d'Oran. 4° La plupart des eaux d'Oran tiennent en solution du carbonate de soude, lequel est remplacé dans les eaux potables et pures d'Alger, par du sous-carbonate de chaux. 5° Du nitre, provenant de matériaux salpêtrés, se trouve, en proportions différentes, dans les eaux d'Alger et de Bougie. 6° Enfin l'eau du Fondouk possède une matière organique très azotée. M. Marseilhan conclut de ces données, que les eaux d'Oran doivent disposer à la diarrhée par la quantité de matières salines qu'elles contiennent.

Climat d'Oran. La température y est variable et les coups de vent fréquents ; au même instant on étouffe dans telle rue de la ville, quand on est saisi par un vent froid dans une autre rue située sur les hauteurs. Le thermomètre ne descend jamais à zéro ; la chaleur au contraire est par fois excessive, de + 51 à l'ombre, + 44 et même + 50 au soleil. Il y a deux saisons des pluies, d'octobre à la fin de décembre et de février à avril. Les pluies tombent par averses, mais sans continuité, et le soleil luit dans l'intervalle et sèche les rues. Les matinées et les nuits sont fraîches, même pendant les chaleurs de l'été ; et il y a beaucoup d'humidité la nuit. Les vents qui soufflent le plus sont ceux de l'ouest et du N.-O. Il tonne rarement.

Nature des maladies. La mortalité, en 1840, fut produite par la nécessité où l'on fut de camper sur le terrain marécageux de

Bredia et sous les tentes brûlantes de Misserghinn. En 1841, elle fut la conséquence d'expéditions continuelles, en traînant avec elles toutes les misères et toutes les privations de la guerre; aussi le mouvement des malades s'éleva-t-il de 7 ou 800 à plus de 1800. Les fièvres intermittentes et rémittentes sont généralement bénignes à Oran; et sur 544 morts, 7 leur sont dues. Les encéphalites s'y multiplient quelquefois par suite d'une insolation excessive et des abus des alcooliques.

Ici est rapportée une observation de tétanos guéri par le traitement antiphlogistique.

Les affections de l'appareil respiratoire sont fréquentes par suite des variations subites de température, et sont bien enlevées par les émissions sanguines faites au début, et répétées les premiers jours.

Les maladies de l'appareil digestif sont nombreuses et d'une acuité souvent désespérante. Les colites surtout et les entéro-colites y déciment les troupes. La diarrhée et la dysenterie attaquent, à Oran, les trois quarts des malades. Suivant M. Marseilhan la dysenterie d'Oran diffère totalement de celle de France; la sensibilité et le ténesme sont nuls dans la première, et les évacuations alvines, au lieu d'être bornées à quelques mucosités sanguinolentes et puriformes, sont excessivement abondantes, souvent de sang pur; il n'y a point de fièvre; enfin l'élément typhique s'y joint fréquemment. Ce même médecin admet 4 formes de cette maladie : 1° la mucoso-sanguinolente; 2° l'hémorrhagique souvent mortelle; 3° la gangréneuse, presque toujours mortelle; enfin 4° la chronique. Les formes admises par M. Soucelyer sont les suivantes : 1° l'entéro ou l'iléo-colite inflammatoire; 2° la colite hémorrhagique. 3° La dysenterie hémorrhagique inflammatoire; 4° la dysenterie hémorrhagique algide; 5° la diarrhée chronique. M. Soucelyer a vu, dans la 4e forme, un malade rendre par l'anus un lambeau de membrane muqueuse de 0,20 m.

Les autopsies ont montré aux médecins les traces de l'inflammation la plus vive du colon, des rougeurs, des épaisissements, des fausses membranes, des ulcérations.

Le traitement des premières formes a consisté dans l'emploi des émissions sanguines générales et locales; mais il y aurait du danger, à employer, dans les formes graves, la formule de M. Peysson; on a eu recours alors aux sinapismes, aux frictions aromatiques, aux astringents, à l'ipécacuanha, au calomel jusqu'à salivation; mais on réussit bien rarement. Le remède le plus puissant, dans la dysenterie chronique, est l'évacuation sur France.

Notice de M. Soucelyer sur la fontaine des eaux thermales dite Bains de la reine d'Espagne. Ces bains sont situés sur le penchant de la montagne que sillonne la route de Mers-el-Kébir à Oran: la source en est très-abondante et s'échappe par quatre trous creusés dans le rocher; elle fournit 250 litres par minute; sa température est 45° c. elle est claire, limpide, sans odeur, de

saveur très-saline, âcre, prenant légèrement à la gorge ; elle contient beaucoup de chlorure de sodium et de magnésie, point de soufre. Quant aux propriétés thérapeutiques de cette eau, elle paraît convenir en bains dans les rhumatismes ; à l'intérieur, elle est légèrement laxative et ne devrait pas être employée dans les dysenteries un peu graves.

BLIDAH.

Essai historique et médical sur Blidah par M. *Bertherand.* Cette ville est située à 50 kilomètres d'Alger, au pied d'une gorge brusquement échancrée que présente la chaîne du Djebel-Beni-Salah du petit Atlas, au sud de la Métidjah. Des restes d'épais bosquets d'orangers, de citronniers et de grenadiers, malheureusement en partie détruits, l'entourent; la configuration de Blidah est celle d'un polygone irrégulièrement rectangulaire, légèrement incliné du S.-E. au N.-O. dans sa grande longueur; elle est entourée d'un ancien mur de 20 à 30 centimètres d'épaisseur.

Les maisons particulières, bâties à peu près toutes sur le même modèle, n'ont, à l'exception de quatre ou cinq, qu'un rez-de-chaussée composé de quatre pièces; elles sont dépourvues de jour à l'extérieur, et n'ont que des lucarnes étroites donnant sur la cour intérieure. Les rues sont plus larges qu'à Alger, très longues, presque toutes droites, se coupant à angle droit, sillonnées par des cours d'eau.

L'auteur mentionne les différentes espèces d'habitants de Blidah, qui sont les Turcs en petit nombre, beaucoup de Couloughlis, quelques nègres, des juifs, des maures, parmi lesquels se trouvent des Mozabites. Les femmes sont toutes grêles, étiolées, de petite stature; elles sortent toujours voilées, le matin pour aller au bain, le soir pour vendre de petites galettes. Puis, après quelques détails sur les mœurs de ces habitants, et sur les fonctions du mézouard et du hakem, M. Bertherand signale un travail remarquable de barrage qui amène l'eau dans tous les quartiers de la ville. Cette eau est limpide, incolore, inodore, sans saveur désagréable, légèrement fade et chargée de sels de chaux. La réputation hygiénique de la ville s'explique par son élévation de 50 mètres environ au-dessus des premiers marais situés à plus de 6 kilomètres au nord dans la Métidjah ; point de marécages, de terrains fangeux, ni d'exhalaisons méphitiques à l'entour. Les pluies y sont abondantes en février, mars et avril; le froid n'y dépasse pas 7 degrés; l'été y donne des séries de 30 et 40 jours sans pluie; la moyenne de chaleur a été en juin + 30; en juillet + 36 1/2. Le moment de la plus grande chaleur est onze heures; alors s'élève la brise de mer, qui, fait tomber le thermomètre. Les vents d'ouest dominent en hiver, ceux d'est en été. Leur brusque changement amène des pluies diluviales et de violents orages. Le tonnerre gronde souvent. L'auteur cite deux exemples de suicide pendant l'été.

Le casernement, d'abord déplorable, a reçu d'immenses améliorations.

Le défaut de propreté, la fréquentation des lieux de prostitution nombreux à Blidah, rendent endémiques chez les Arabes, les maladies psoriques, dartreuses et syphilitiques. Viennent ensuite les ophthalmies toujours négligées; d'où la perte fréquente de la vue, des adhérences vicieuses, etc. La répugnance des Arabes pour toute opération sanglante est extrême, et les plaies les plus graves sont abandonnées à elles-mêmes ou à un déplorable empirisme. Un arabe influent ayant reçu une balle dans le bras, et atteint de fracture comminutive du col chirurgical de l'humérus, se refusa absolument à la résection, disant pour raison qu'on ne lui avait pas coupé la tête et que cependant il avait guéri d'une plaie du crâne qu'il montrait à M. Bertherand; il mourut le huitième jour. Les médecins arabes ont cependant une manière ingénieuse et méthodique de contenir les membres fracturés, à l'aide d'appareils inamovibles, fabriqués en roseaux entremêlés d'étoupe, qu'ils imprègnent d'albunime. M. Bertherand est parvenu cependant à enlever à un Arabe un kyste sébacé, situé à l'angle externe de l'orbite droit. Les goitres sont endémiques, les aliénés y sont peu à craindre et fort respectés. Les indigènes n'échappent point à la fièvre, à l'anorexie, à la céphalalgie, à la diarrhée pendant les chaleurs, ni à l'abattement et au dégoût qui atteignent alors tout le monde.

Défendu du siroco par d'immenses étages de montagnes superposées, Blidah échappe à ses influences mortifères. Les fièvres pernicieuses y sont rares et tout à fait sporadiques. M. Bertherand admet la division de l'année établie par MM. Antonini et Monard frères, en saison ordinaire et épidémique, cette dernière s'étendant du mois de juin à celui de novembre.

La diarrhée, cette forme en quelque sorte populaire de l'irritation intestinale en Algérie, est commune à Blidad; la forme dysentérique de la colite est souvent le début de la maladie. Dans la saison ordinaire, cette colite s'arrête facilement par des émollients, quelquefois des ventouses à l'abdomen ou des sangsues à l'anus. Cependant la dysenterie n'est point une affection une et identique; elle est quelquefois dominée par une influence tonique, léthifère dès le début, comme l'auteur a eu l'occasion d'en constater les caractères sur les tristes débris revenus par évacuation de la première occupation de Blidah; il y avait comme une stupéfaction progressive de tout l'axe nerveux et la thérapeutique était impuissante; le sang était appauvri, sans cruor, sans plasticité; il fallait s'abstenir des saignées. A l'autopsie, on voyait la surface du gros intestin enduite d'un gros caillot sanguin; la muqueuse pâle ou violette, ramollie, formant prolapsus à travers le rectum.

Les fièvres intermittentes règnent surtout dans les trois mois d'été et les deux premiers d'automne; le type le plus ordinaire est

le quotidien. Assez souvent les accès débutent par des symptômes de congestion cérébrale, congestion qui cède au sulfate de quinine, à moins que le sujet ne soit pléthorique et qu'elle ne soit menaçante, auquel cas, on saigne avec avantage.

C'est en octobre et novembre que les fièvres intermittentes se sont montrées le plus nombreuses, sans doute parce que les chaleurs cessent tout-à-coup et que les nuits deviennent excessivement froides et humides, d'où le plus grand développement des agents miasmatiques; elles se présentent sous deux formes principales; la syncopale, algide ou non, et l'apoplectique. Il y a encore d'autres fièvres graves caractérisées par le délire, la douleur vive à la tête, à l'épigastre, etc., ou par les convulsions. Ce qui caractérise d'ailleurs d'une manière bien tranchée la marche des affections pernicieuses, c'est la rapidité avec laquelle elles se terminent par la disparition des symptômes, ou par une mort instantanée. Quelquefois les malades qui ont échappé à la violence des accès succombent plus ou moins longtemps après à la dysenterie ou à la diarrhée, sorte de phase typhoïde de la maladie. La dose de 1 gramme, rarement de 2, de sulfate de quinine a suffi à l'auteur pour combattre les accès.

PHILIPPEVILLE.

Essai de topographie médicale de Philippeville par M. *Gaudineau.* Cette ville est située au S.-O. du golfe de Stora, dans une gorge formée par le versant de deux petites montagnes qui se joignent, et qui se termine à une petite plaine arrosée par un ruisseau marécageux qui se jette à l'est et à 1000 mètres environ de la ville dans une belle rivière, le Safsaf, dont l'embouchure est à 2000 mètres de Philippeville. Cette ville n'est élevée que de quelques mètres au-dessus du niveau de la mer; le sol environnant est primitif à peu d'exceptions près. La plaine qui est au sud est inondée par les débordements du Safsaf; quelques grosses pierres à coulisse semblent indiquer que les Romains avaient établi un canal qui traversait la partie inférieure de Russicada et se prolongeait jusqu'à la mer. Un grand mur d'enceinte environne la ville. Les rues bien alignées se coupent à angle droit, celles qui vont de l'est à l'ouest ont une très-forte pente; elles ne sont point encore pavées, et l'hiver elles sont remplies de boue et d'immondices. Les arbres ont disparu. La plupart des maisons ou baraques nouvellement construites, le sont contrairement aux lois de l'hygiène, sans latrines, sans cour, sans égoût, sans cheminée; aussi, dans les rues, est-on asphyxié par la fumée des réchauds, et sur la plage par les émanations des immondices. L'eau des puits et du Safsaf est bourbeuse et de très-médiocre qualité, elle contient des sulfates d'alumine, de zinc, des carbonates calcaires et souvent une matière blanche, filamenteuse, pseudo-organique, ressemblant à la barégine. La population indigène n'a

pas augmenté depuis plusieurs siècles, à cause de la grande mortalité des enfants qui sont mal soignés. La sobriété du peuple est extraordinaire.

Les maladies les plus fréquentes parmi les indigènes sont celles de la peau, les ulcères chroniques, la syphilis, les ophthalmies. La diarrhée est très-commune, la pneumonie très-rare. Les fièvres intermittentes, les engorgements des viscères abdominaux et l'ascite qui leur succèdent sont les plaies de ces populations. Leurs médecins ou thébibes sont des espèces de saints qui donnent leurs soins gratuits, dont toute la science consiste dans la connaissance empirique de quelques remèdes qu'ils prescrivent avec accompagnement d'amulettes et des maximes philosophiques; néanmoins, dans plusieurs maladies chroniques, ils appliquent le cautère actuel; ces thébibes saignent fort bien et appliquent, pour les fractures, un bandage inamovible.

Les maladies endémo-épidémiques sont les fièvres intermittentes; les pernicieuses cholériformes, algides, comateuses et typhoïdes sont nombreuses de juillet à novembre et entraînent souvent la mort; les convalescences sont longues, les rechutes fréquentes et faciles, et compliquées de phlegmasies cérébrales, de diarrhée, de dysenterie et d'engorgements abdominaux. Les causes des épidémies sont les émanations miasmatiques du sol nouvellement remué, et celles qui suivent les débordements du Safsaf qui, chaque printemps, couvrent toute la plaine et en font un marais fangeux, miasmes amenés surtout le soir et la nuit par les vents du sud, qui ne sont interrompus que de 9 heures du matin à 6 heures du soir par la brise de mer. A ces causes il faut ajouter les marches forcées, les gardes de jour et de nuit, une nourriture peu variée, quelquefois de médiocre qualité, l'usage immodéré des fruits, etc.

Quant aux moyens curatifs, la diète est d'une plus impérieuse nécessité et plus facilement supportée en Afrique qu'en France, et les doses des médicaments doivent être moindres, leur action étant beaucoup plus vive. M. Gaudineau ne dépasse pas ordinairement la dose de 0,6 de sulfate de quinine, excepté dans les fièvres pernicieuses. Quand les fièvres intermittentes sont compliquées, il faut combattre la phlegmasie cérébrale ou pulmonaire ou la gastrite et la gastro-enterite par la saignée générale ou locale conjointement avec le sulfate de quinine et les révulsifs. Si la diarrhée coexiste, on ajoute l'opium. Les maladies inflammatoires parcourent leur période plus rapidement qu'en France et cèdent plus facilement aux émissions sanguines sur lesquelles il ne faut pas trop insister, car l'hématose est lente et l'assimilation moins active.

Les diverses formes ou variétés de colites, diarrhées ou dysenteries sont combattues par quelques sangsues sur le trajet du colon et à l'anus, les demi-lavements émollients, opiacés, les bains de siége, l'eau de riz, l'ipéca à doses fractionnées, les pilules de ca-

lomel et d'opium, de larges vésicatoires sur l'abdomen. Mais tous ces moyens échouent fréquemment chez les sujets épuisés.

Comme moyens prophylactiques, M. Gaudineau conseille des plantations d'arbres dans la plaine, sur les collines, au sud de la ville, l'écoulement des eaux stagnantes; la création de bonnes citernes, la propreté des rues et des maisons; la suspension des travaux de 9 heures du matin à 3 heures de l'après-midi; etc. Enfin il conseille d'envoyer en France tous ceux qui ont eu plusieurs rechutes de fièvre ou chez lesquels il y a des complications.

BONE.

Tableau médico-topographique de Bone, par M. Boudier. Cette ville est bâtie en amphithéâtre sur le penchant S.-O. d'une colline qui s'étend jusqu'à la mer; elle a déjà subi de grandes améliorations; au lieu de rues mal percées, on y voit de grandes et de belles rues bien alignées, la plupart pavées, garnies de fontaines. L'exposition de l'hôpital est assez heureuse; ce bâtiment amélioré par le génie militaire est en face de la mer et domine la rade et la ville. Les saisons sont nettement dessinées; l'hiver n'y est pas froid, la gelée ne s'y est montrée qu'une fois en 1833; mais les chaleurs sont fortes et ont été, en 1838 jusqu'à 42. Il existe deux brises de mer, une de 8 ou de 9 heures du matin jusqu'à 2 ou 3 heures; l'autre, après le coucher du soleil jusqu'au retour de l'aurore; le siroco souffle de la fin de juillet au commencement d'août, de 12 à 15 jours. Les pluies tombent par torrents et la plaine n'offre plus alors qu'un lac immense; elles commencent à la fin d'octobre, augmentent en novembre et décembre pour cesser souvent presque totalement en janvier et février, et reparaître en mars, époque pendant laquelle elles tombent avec le plus de violence; de mai à octobre règne une succession de beaux jours sans interruption.

Tout autour de Bone existe une terre végétale forte et profonde. La plaine de la Seybouse fournit à elle seule des fourrages de bonne qualité et en assez grande quantité pour nourrir toute la cavalerie d'Afrique; Bone fournit Bougie de bestiaux et Alger de fourrages, de beurre et de tabac.

Les causes des maladies de nos troupes sont les effluves marécageux, le mauvais état des habitations, les habitudes, le genre de vie. La plaine de la Seybouse qui, dans une grande étendue, est au-dessous du niveau de la mer, offre dans la saison des pluies un lac immense; puis, lors des chaleurs, un véritable marais; le mélange d'eau douce et d'eau salée y rend plus active la décomposition des matières végétales et animales. Cependant les travaux d'assainissement que l'on a entrepris ont déjà rendu les maladies moins nombreuses et moins graves.

CONSTANTINE.

1° *Rapport de MM. Ferrus et Deleau, officiers de santé en chef de l'hôpital*; 2° *rapport annuel sur l'hôpital civil et le dispensaire*; *par ce dernier*. Constantine est assise sur un rocher, à 720 mètres au-dessus du niveau de la mer, de forme trapézoïde; le rocher est entièrement isolé de la montagne par une fissure qui va de l'angle Sud à l'angle Nord, en passant par l'angle Est et dans laquelle coule le Rummel; la hauteur du pont dit Alcantara, jeté à l'Est, est d'environ 105 mètres au-dessus de ses eaux. La ville est entièrement dépourvue d'eau; celle des citernes de quelques maisons est mauvaise; on fait usage de l'eau du Rummel mais elle n'est pas limpide, sa saveur est désagréable, elle dissout imparfaitement le savon et on ne se la procure qu'à grand'peine, au moyen de corvées; elle est apportée dans des outres en cuir et dans des tonneaux. A la tête du pont existe une source d'eau excellente, malheureusement peu abondante pendant l'été. Les rues ne sont que des ruelles étroites, longues, tortueuses, voutées dans quelques endroits, et remplies d'immondices. Le cimetière arabe où se putréfient les cadavres à fleur de terre, donne naissance à des émanations fétides. La ville n'a pas de promenades.

Les maladies qui ont attaqué les troupes ont été les pneumonies, dangereuses en hiver, les gastro-entérites aiguës, les dysenteries et les diarrhées pendant les mois d'août, septembre, octobre et novembre, les fièvres intermittentes peu dangereuses au printemps, mais pernicieuses en été, avec engorgement de la rate. malheureusement l'éloignement du littoral rend les évacuations sur France difficiles et rares.

M. Deleau donne la statistique de la population européenne qui s'élevait, en 1840, à 476; lui, qui a pénétré dans l'intérieur des maisons des indigènes et qui en a vu un grand nombre au dispensaire, est convaincu qu'aucun peuple, à population égale, ne présente un aussi grand nombre d'infirmes et de malades. Il signale l'inconvénient des constructions mauresques, où l'air ne se renouvelle pas assez, et où sont toutes sortes d'émanations mauvaises.

Suit la description de l'hôpital civil et de son organisation, et l'indication des maladies que M. Deleau a eu à y traiter. Les Arabes opèrent la saignée aux mains, aux pieds et au pli du bras, mais avec de mauvais instruments qui laissent souvent des trombus; ils se servent de la ventouse à succion qu'ils appliquent et scarifient très bien, surtout sur le sommet de la tête et à la nuque; les Arabes répugnent excessivement aux lavements. Les euphorbiacées et les aristolochées leur servent en cataplasmes comme rubéfiants et hémostatiques; les sulfates de cuivre et de fer, l'antimoine et l'oxyde d'arsenic sont employés comme cathérétiques; la coloquinte est généralement usitée comme purgatif, surtout contre l'uréthrite; mais la panacée c'est le cautère

actuel; souvent on trouve la région de la rate ou celle du foie sillonnée de 50 à 100 petits boutons de feu. Les sangsues n'étaient pas employées et le sulfate de quinine était inconnu et remplacé par la petite centaurée dans les fièvres.

Les *fièvres intermittentes* guérissent facilement au printemps et au commencement de l'été, par la saignée ou l'ipéca et le sulfate de quinine à la dose de 0, 6 à 0, 8. Le vin et la décoction de quinquina sont bons pour prévenir les rechutes si fréquentes. Les fièvres rémittentes continues sont toutes très-graves; l'auteur a noté 17 cas pernicieux presque tous mortels. M. Deleau n'a vu ni en Hollande, ni en Russie, ni en Espagne, ni dans les hôpitaux de Paris, d'aussi énormes engorgements de la rate et du foie, ni des altérations désorganisatrices de l'appareil digestif et du péritoine aussi graves qu'en Afrique. Il cite un cas curieux de fièvre pernicieuse comateuse, dans laquelle le musc joint au sulfate de quinine fut heureusement appliqué.

L'*ascite* est très-commune, et la ponction a été pratiquée avec succès chez plusieurs Arabes.

La *dysenterie* n'est guère moins meurtrière pour les indigènes que pour les Européens; elle sévit depuis la fin d'août jusqu'au mois de novembre; elle coincide avec l'apparition des fruits et la fraîcheur des soirées et des matinées. Les Arabes n'y opposent aucun remède; les sangsues, l'ipéca et l'opium, sont les médicaments qui ont réussi à M. Deleau. S'il s'y joint des accès, il faut recourir au sulfate de quinine, car cette complication est souvent mortelle.

Presque tous les cas de *variole* ont été mortels; l'inoculation, moyen prophylactique des Arabes, y est très-rarement faite. M. Deleau a traité à l'hôpital civil 147 *scrofuleux*, pour la plupart enfants, dont plus de la moitié étaient atteints de teigne et beaucoup avaient la syphilis constitutionnelle.

Quant aux *maladies des femmes*, elles sont fréquentes; M. Deleau a vu des métrites, suite de couches mal surveillées, des épilepsies, dont plusieurs chez des filles publiques, ont été contractées dans leur vie de fatigue et de débauche, et dans les espèces de bacchanales auxquelles elles se livrent.

La *folie*, l'*idiotisme*, et l'*impuissance* sont communes. La *syphilis* est encore plus commune que les scrofules; mais M. Deleau n'a guère vu, chez les Arabes, que des accidents consécutifs; la forme la plus fréquente est celle d'ulcérations croûteuses et phagédéniques. M. Deleau n'a pu savoir comment cette maladie était traitée, si ce n'est la gonorrhée par la coloquinte; le mercure amène facilement le ptyalisme. Pour faire disparaître la syphilis, on a établi un dispensaire, et les filles sont visitées deux fois par mois.

Le *rhumatisme aigu* ou *chronique* est fréquent parmi les indigènes comme parmi les Européens, sans doute à cause de l'état électrique de l'air. Les Arabes le traitent par le cautère actuel, et par les frictions avec le suc des aristolochiées.

La *stomatite gangréneuse* est très-fréquente, surtout chez les enfants.

M. Deleau donne ensuite de longs détails sur les *ophthalmies* si fréquentes et dans lesquelles la cautérisation avec le nitrate d'argent lui a été fort utile; puis il mentionne les *cataractes* qu'il a eues au nombre de 16, dont 5 ont été opérées, 3 avec succès. L'héméralopie est rare chez les indigènes, mais non chez les Européens. La *rage* est, dit-on, rare en Afrique. Les maladies de la peau sont extrêmement multipliées; ce sont: la *gale*, la *teigne*, le *pitiriasis*, le *pian*, l'*éléphantiasis* des Grecs et encore plus celle des Arabes.

M. Deleau mentionne ensuite le bandage inamovible des Arabes dans les fractures; puis des cas d'*empoisonnement* par l'arsenic et par la belladone; des exemples d'*ostéosarcome*, de *brûlures* avec cicatrice vicieuse.

M. Vital a envoyé une relation de l'épidémie de *variole* qui a régné à Constantine; il y en a eu plus de 28 cas à l'hôpital, et plus de 400 en ville, tant sur des Français que sur des juifs et des Arabes. Il est mort un quart des malades à l'hôpital.

Traitement de la dysenterie, d'après M. le docteur Jourdain. — Extrait d'un rapport trimestriel de ce médecin. — 1° *Emissions sanguines générales.* Elles ne sont indiquées que dans le début des colites hémorrhagiques suraiguës, avec des phénomènes évidents d'inflammation, chez des sujets vigoureux, qui n'avaient pas été débilités par des diarrhées antérieures.

2° *Emissions sanguines locales.* Faites à l'anus, sur le trajet du colon, partout où de vives douleurs se font sentir; elle sont plus utiles que les précédentes, mais n'ont pas la même efficacité qu'en France. Les ventouses scarifiées sur l'abdomen sont d'un très-grand secours.

3° Les *vomitifs* et les *purgatifs* sont indiqués toutes les fois que l'on reconnaît un embarras gastrique; ce sont surtout l'ipécacuanha et le calomel. Le calomel associé à l'opium est très-efficace, et plus encore les pilules de Segond. Le saccharum albumineux du docteur Maudière a été employé sans aucun avantage.

4° *Toniques.* — Le sulfate de quinine a paru convenir dans certaines diarrhées intermittentes et rémittentes, l'extrait de quinquina et le simarouba ont été employés avec avantage dans quelques diarrhées chroniques et au déclin de certaines dysenteries.

5° *Astringents.* — Ils ont été utiles dans les formes diverses de diarrhée récente et sans fièvre, et dans des dysenteries et diarrhées chroniques, principalement l'extrait de ratanhia et la teinture de cachou.

6° *Révulsifs externes.* — Les sinapismes, les vésicatoires et les ventouses sèches ont été souvent utiles dans les dysenteries rebelles et les diarrhées chroniques.

Le traitement doit donc varier suivant les cas et la prédomi

nance des symptômes, et il ne faut se laisser entraîner ni par l'idée d'une inflammation unique, ni par celle des humeurs âcres et corrosives.

ALGERIE. — Notice sur le climat et les maladies de l'Algérie, et compte-rendu des maladies traitées à l'hôpital de la Salpêtrière à Alger, pendant l'année 1845; par M. le docteur *Casimir Broussais*, médecin en chef de cet établissement, t. LX, p 1.

La constitution de l'homme varie suivant les climats; il en est de même des maladies qui présentent des analogies et des différences dont il faudrait savoir tenir également compte. Les questions médicales occupent une large place dans l'histoire de l'Algérie. C'est au dévouement et au zèle infatigable des médecins militaires que l'on doit la connaissance de la topographie des différentes localités, des particularités du climat et des prédominances morbides. Il fallait à l'auteur une année d'observation pour suivre la filiation des maladies, pour les voir naître, augmenter en nombre, s'amonceler; puis décroître et disparaître peu à peu, laissant les traces funestes de ce développement régulièrement encyclique, effet nécessaire de saisons bien tranchées; et il a consacré une année à cette observation. Il a recueilli onze cents faits.

Première partie. Météorologie. — M. C. Broussais, désireux de connaître les différentes températures du jour au moment où elles prédominent, a commencé par modifier les heures des observations météorologiques; il a substitué celles de 6 heures du matin, 11 heures et 6 heures du soir à celles de 9 heures, midi et 3 heures, qui donnaient presque la même température à Alger; il y a ajouté, ne se fiant qu'à sa propre expérience, l'observation à 10 heures du soir, la nuit au moyen d'un thermomètre *à minima*, et la comparaison de la température au même moment : 1° à l'ombre, 2° au soleil et à l'air libre, 3° au soleil abrité. Il est arrivé ainsi à des résultats tout à fait nouveaux. L'époque du maximum de chaleur à Alger n'est pas 2 heures de l'après-midi, mais 11 heures, ce que M. Broussais explique par le concours de deux circonstances, l'inclinaison générale nord du sol de l'Algérie et la formation de la brise de mer qui règne fortement de 11 heures à 3 heures. Cette brise règne sur tout le littoral, sur les collines du Sahel et jusqu'au pied de la chaine de l'Atlas. Au milieu des montagnes, où les mêmes circonstances n'existent plus, le maximum de température est à midi ou 2 heures. La chaleur s'élève rapidement le matin; dès 6 heures, la moyenne de l'année est de + 18°; elle est à + 22 à 10 heures; à midi elle commence à diminuer; à 2 heures elle est à + 19. La moyenne de 10 heures du soir est à peu près la même que celle de 6 heures du matin;

et, contrairement à l'opinion générale, la température ne descend guère la nuit plus de 1 ou 2 degrés au-dessous de celle de 10 heures du soir. Le baromètre n'oscille guère qu'entre 765 et 770; il se tient généralement haut; aussi les beaux jours sont-ils nombreux; il y en a plus de 200 dans l'année; et il n'y a guère qu'une cinquantaine de jours de pluie, dont une très-grande partie ne sont pluvieux que quelques heures. Les vents les plus ordinaires sont ceux d'ouest et de nord-ouest. L'hygromètre varie de 45 à 55; il est descendu à 18 par un vent du désert et monté jusqu'à 72 un jour de pluie en février. Les orages sont rares, les brouillards aussi, excepté dans les plaines.

On pourrait distinguer en Algérie quatre saisons; mais l'automne ressemble tout à fait à l'été, sauf les pluies qui commencent; l'hiver n'a point de froids, le printemps est déjà l'été, sauf de nouvelles pluies; l'été seul est une saison tranchée, remarquable par la continuité de ses chaleurs et de sa sécheresse. Ici M. Broussais décrit les pluies, qui sont de vrais déluges; sur 856 millimètres de pluies, qui forment la moyenne annuelle de sept années d'observation, il n'y en a que 12 pendant les mois de juin, juillet et août, tandis que 427 appartiennent aux mois de novembre, décembre et janvier. Pendant ces pluies, le thermomètre s'abaisse rapidement; on sent alors un froid humide, le feu est de rigueur dans les appartements.

En juin, la chaleur l'emporte, le ciel s'épure, et dès-lors commence cette série de jours invariablement beaux depuis le lever du soleil jusqu'à son retour à l'horizon, sans qu'un nuage se montre, sans qu'une goutte d'eau vienne rafraîchir la terre, et cela pendant quatre mois au moins; aussi vers la fin de l'été, au mois de septembre, ne subsiste-t-il de verdure que dans les ravins. Certains végétaux, cependant résistent à ce desséchement général; ce sont les cactus, les aloës, les oliviers, les caroubiers, les lentisques, les jujubiers, les orangers, les citronniers, etc. La moyenne de chaleur, en été, est à l'ombre + 38; elle va souvent à + 30 ou + 35, quelquefois, mais rarement à + 40 et + 45; chaleur insupportable sans la brise de mer. Ici M. Broussais décrit le siroco et ses effets, et rappelle les faits de suicide qui s'y rattachent et qu'a cités M. Guyon; il ôte toute force et donne lieu à des vertiges, à une grande dyspnée, à une véritable suffocation; il provoque des accès pernicieux, des diarrhées et des dysenteries; il élève la température jusqu'à + 45. Il amène quelquefois des armées de sauterelles, qui ravagent tout, comme en 1845. En général, ce vent ne dure que quelques heures; il n'a soufflé que 12 fois à Alger en 1845. Pendant l'hiver, aux jours de pluie se mêlent une foule de beaux jours, et alors à toute époque de cette saison, qui devrait être l'hiver, un ciel pur vient sourire, la verdure s'étale à vos yeux, et des fleurs odorantes parfument l'air. L'inconvénient de l'hiver, ce n'est pas le froid, puisque le thermomètre ne descend jamais à zéro, c'est l'humidité.

Tel est l'hiver du littoral; mais les villes de l'intérieur, situées au milieu des montagnes, ont des hivers assez semblables à ceux de notre France; cependant les accidents de congélation observés à Constantine furent l'effet combiné de l'humidité, du froid et de la misère, car le mercure ne descendit pas à zéro. Quant à l'été, c'est l'excès et surtout la persévérance de la chaleur durant quatre mois au moins, qui le rend nuisible à l'homme, et surtout à l'Européen, au sang riche et à l'activité dévorante.

Ici M. Broussais donne le résultat de ses observations météorologiques par trimestre. Il est conduit à la question de la différence de température de la nuit au jour et l'a trouvée, contrairement à l'opinion générale, fort peu prononcée; elle n'est que de 4 à 5 degrés. Le véritable contraste entre les températures est celui qui résulte du passage de l'ombre au soleil, et surtout au soleil abrité; on trouve alors 25 degrés de différence. M. C. Broussais n'a pu constater non plus cet excès d'humidité du soir et de la nuit dont on parle tant; il n'existe pas en été et ne se voit qu'au printemps et en automne.

Deuxième partie. Physiologie. — L'influence de ce climat se retrouve dans la constitution des indigènes dont M. C. Broussais distingue trois catégories : les habitants des villes ou Maures; ceux des plaines ou Arabes; et ceux des montagnes, Kabyles pour la plupart. Les premiers lymphatiques, pâles, scrofuleux; les seconds plus secs, brunis par le soleil; les troisièmes d'un brun-rougeâtre, alertes et bien musclés. Les Arabes sont d'une sobriété proverbiale bien méritée, ne se nourrissant guère que de fruits, de lait et de quelques pâtes, même les Biskris, hommes de peine qui passent couchés nonchalamment à terre le temps qu'ils n'emploient pas à porter des fardeaux. Les Arabes sont posés, calmes et d'une immobilité souvent extraordinaire. Ici se trouvent des détails sur leurs vêtements et sur ceux des femmes; puis la description de sacrifices qui ont lieu tous les mercredis à une fontaine voisine d'Alger.

L'Européen arrivant à Alger en hiver, éprouve une augmentation d'appétit et fait bientôt trop de sang pour la saison des chaleurs; si l'on force son appétit et qu'on chercher à l'exciter, alors il survient de la diarrhée ou de la dysenterie; ce dérangement est parfaitement arrêté par le régime, mais se renouvelle facilement. Sous l'influence des chaleurs prolongées, la constitution s'affaiblit, mais les sécrétions biliaires et cutanées sont exagérées, ce qui n'a pas lieu sans une surexcitation du foie et de la membrane muqueuse gastro-intestinale. L'analyse du sang a prouvé que ce liquide était appauvri de fibrine, de globules et de matériaux solides du sérum et que l'eau était augmentée. L'air, plus rare, contient, dans un volume donné, moins d'oxygène, que dans nos climats, par conséquent le mouvement de composition de décomposition est moindre, d'où des lésions de réparation moindres, l'affaiblissement de la nutrition, la pauvreté des matériaux organiques, celle du sang.

3e *Partie. Pathologie.* Il y a plus de malades et plus de morts proportionnellement en Algérie qu'en France; mais la mortalité est tombée en Algérie, depuis 1840, de 0,143 à 0,060. On voit, en hiver, les reliquats de la saison chaude, des malades minés par la diarrhée ou la dysenterie chronique ou enflés par l'hydropisie; et des maladies sporadiques semblables à celles de France. Au printemps les malades diminuent; ils ne recommencent à augmenter qu'à la fin du mois de juin; ce sont d'abord des dysenteries; puis viennent les fièvres intermittentes; le mois d'août est le plus chargé en malades; mais ce n'est que plus tard que la mortalité est la plus forte, alors que les entrées à l'hôpital diminuent et que les maladies chroniques moissonnent ceux qui ont résisté à l'état aigu. D'après les chiffres officiels, le nombre des malades dépasse l'effectif d'un cinquième; il est double dans le deuxième semestre de ce qu'il est dans le premier. Le mois le moins chargé en morts est mai, le plus est octobre. La progression dans la mortalité ne vient qu'après celle dans le nombre des morts, et celle-ci qu'après la progression dans le nombre des malades; puis à l'inverse, le nombre des malades diminue d'abord, puis celui des morts, puis la mortalité; il en résulte que les maladies les plus graves ont lieu, non pas en été, mais à la fin de l'automne et au commencement de l'hiver; c'est l'époque des maladies chroniques, qui sont plus redoutables que les aiguës.

Les maladies de l'Algérie ont été divisées avec juste raison en 1° sporadiques, dont le nombre est à peu près le même toute l'année, excepté pendant le dernier trimestre où il est notablement moindre; et 2° en endémo-épidémiques, dont le nombre est, en été, le double ou le triple de ce qu'il était en hiver.

Première division Affections endémo-épidémiques. Elles commencent à se montrer en juin, augmentent un peu en juillet, et atteignent, en août, une énorme extension; c'est en septembre que leur nombre atteint son maximum. Sur 100 hommes qui entrent à l'hôpital, 3 seulement ont échappé à toute l'influence climatérique, c'est-à-dire n'ont eu ni les fièvres, ni la diarrhée, ni la dysenterie; 20 ont eu les fièvres; 20 la diarrhée ou dysenterie et 54 la fièvre et colite sous l'une de ses deux formes. Pour quiconque doit vivre quelque temps en Algérie, la diarrhée ou la dysenterie est un tribut qu'il faudra payer; la maladie sera légère ou grave, passagère ou durable, suivant le temps, le lieu, la personne, mais elle aura toujours son moment d'existence à peu près immanquable. Cependant il n'est pas de règle sans exception. Les évacuations sur la France sont indispensables pour les malades qui ont eu plusieurs rechutes de dysenterie ou de fièvre.

De la dysenterie et de la diarrhée. L'accroissement de ces maladies avec les chaleurs est un fait extrêmement marqué, et qui s'explique par l'action physiologique d'une haute température sur les organes digestifs. D'ailleurs la diarrhée et la dysenterie sont unies par d'étroits liens, elles sont déterminées par les mê-

mes causes, se manifestent aux mêmes époques de l'année, alternent dans leurs cours, produisent les mêmes altérations dans les organes, et guérissent par des moyens analogues. Dans les deux la chaleur siége aux mêmes régions, soit aux deux fosses iliaques, soit à celle du côté droit; soit à l'S iliaque, soit au fondement. Sur 367 flux intestinaux à l'état aigu, il y a eu 162 dysenteries qui ont produit 10 morts, et 205 diarrhées qui toutes ont guéri; à l'état chronique ces maladies ont occasionné 34 morts sur 69. Bien que les dysenteries se présentent avec des appareils symptomatiques différents, il n'existe point entre ces formes de différence radicale. Dans tous les cas, on trouve les symptômes indicateurs de la phlegmasie intestinale; dans tous les cas mortels, on rencontre les traces de la colite, et le traitement, sauf quelques modifications, est le même. Les lésions du colon sont ce que l'anatomie pathologique a jamais fourni de plus certain, de plus positif, de plus immanquable; toujours, sans exception aucune, toujours les gros intestins sont malades; toujours ils sont enflammés, toujours ils sont ulcérés, soit en partie, soit en totalité; et la ligne de démarcation entre les intestins grêles et les gros est toujours extrêmement tranchée. Suivent des détails sur ces lésions. Le traitement a toujours été franchement antiphlogistique; la saignée générale a été employée dans quelques cas, mais beaucoup plus souvent les saignées locales. On a eu recours ensuite aux bains de siége, aux lavements d'infusion de lin et de pavots froids, à l'eau de riz ou à la limonade gommeuse; à l'opium, à l'acétate de morphine; et la guérison a été généralement rapide. Beaucoup de cas ont paru assez peu graves, et n'ont été traités que par le régime; dans quelques autres, on a donné avec avantage 15 à 30 grammes de sulfate de soude. Le traitement des diarrhées et dysenteries chroniques a consisté dans le régime féculent, les émollients, les narcotiques, l'usage de la flanelle sur la peau, les frictions stibiées, etc., enfin la cautérisation abdominale qui a réussi, dans des cas désespérés, deux fois sur quatre.

Quand la dysenterie accompagnait la fièvre intermittente, pour peu qu'elle fût intense, elle ne cédait point au sulfate de quinine, et il fallait la combattre par une médication propre. Quant à l'altération du sang, elle n'a été trouvée qu'à une période avancée de la dysenterie; elle n'est donc pas primitive.

De l'hépatite et des abcès du foie. M. C. Broussais n'a pas trouvé un seul cas d'exceptions à cette loi, posée par MM. Haspel et Catteloup, qui rallie les abcès du foie à la dysenterie. La plessimétrie est extrêmement utile pour découvrir la moindre tuméfaction du foie. Il y a eu, dans l'année 1845, à l'hôpital de la Salpêtrière, 43 cas d'hépatite, dont 5 avec abcès; 7 de ces malades sont morts. Pour plus de détails, M. C. Broussais renvoie à un mémoire qu'il a publié dans le *Journal de médecine.*

Des fièvres intermittentes et rémittentes. Elles existent toute l'année, mais peu nombreuses pendant les sept premiers mois de

l'année; tout-à-coup leur nombre a quadruplé en août et s'est élevé au maximum en septembre; puis elles ont diminué progressivement jusqu'à la fin de l'année. C'est en août 1845 que leur explosion a eu lieu, sans qu'aucune circonstance particulière y soit venue contribuer; c'est alors aussi que s'est montré le type rémittent et que s'est dessiné le caractère pernicieux. Sur 686 intermittentes 413 étaient quotidiennes, 257 tierces et 16 quartes, 525 étaient simples et 160 compliquées; il est mort 13 de ces malades. Le traitement a consisté dans l'administration du sulfate de quinine à la dose de 0,4 à 0,6 ou même 1,0 pendant l'été. Chez plusieurs malades dont la fièvre a paru en voie de disparition, on n'a rien fait, et les accès ne sont pas revenus; chez 21 on a administré des quarts de lavement d'eau froide qui ont parfaitement arrêté la fièvre.

Les fièvres rémittentes ont été au nombre de 233, dont 42 pendant le premier trimestre, 26 pendant le deuxième, 100 pendant le troisième et 61 pendant le quatrième. Il y a eu six morts.

Existe-t-il un troisième ordre de fièvres? Les fièvres sub-continues, pseudo-continues, ou continues, de même nature que les précédentes et qui cependant ne seraient ni rémittentes, ni intermittentes. M. C. Broussais discute au long cette question et conclut qu'il n'existe que deux ordres de fièvres; 1° les intermittentes faciles à caractériser; 2° les rémittentes qui se composent de phénomènes intermittents. Il rejette donc les pseudo-continues de M. Maillot, s'appuyant de l'observation de Torti et de son expérience propre.

Quant à ces rémittentes, il les a traitées: 1° Par les antiphlogistiques dirigés contre l'irritation, la congestion, l'inflammation, la lésion quelconque de celui des appareils organiques qui paraissait atteint. 2° Par le sulfate de quinine contre la tendance aux paroxysmes. Dans plusieurs cas, quelques-uns des symptômes de la fièvre rémittente, ne cédèrent point au sulfate de quinine auquel on voulait d'abord se borner, et l'on en vint avec succès aux saignées générales et locales, d'où M. C. Broussais conclut qu'il est nécessaires de reconnaître et de remplir chacune des indications qui se présentent.

Des fièvres pernicieuses. Elles sont, quant au type, rémittentes ou intermittentes. Sur 27, trois seulement ont été mortelles; sur les 27, 8 étaient comateuses, 5 délirantes, 4 cardialgiques, 2 épileptiformes, une hémorrhagique, une céphalalgique, une algide, une pneumonique et une cholérique. Ici M. C. Broussais cite dix observations de fièvre pernicieuse. Revenant alors sur ces observations, M. C. Broussais dit qu'il n'a rangé parmi les cas pernicieux que ceux dans lesquels, suivant les expressions de Torti, il existait un symptôme extraordinaire, féroce, menaçant de mort. La forme comateuse a été à Alger comme pour tous les médecins qui ont pratiqué dans les pays chauds, la plus fréquente. Plusieurs de ces fièvres n'ont revêtu le caractère perni-

cieux que pendant leur cours qui jusque là avait été bénin, ainsi que l'avait noté Torti; d'autres ont été pernicieuses dès le début. C'est à Torti que l'on doit de connaître cette fièvre d'apparence continue, mais réellement intermittente ou mieux rémittente, et les bienfaits du quinquina dans ces cas. Cette doctrine s'est propagée et maintenue en Italie. MM. Bailly, G. Roux, Pallas et R. Faure, qui avaient observé en Morée, saisirent quelque chose de ce caractère; M. Antonini conforma sa pratique à ces idées, et M. Maillot les développa d'une manière nette et franche.

M. C. Broussais a combattu les fièvres pernicieuses par des saignées générales et locales, lorsque l'indication de l'emploi de ces moyens existait, et par le sulfate de quinine donné immédiatement à la dose de 1 à 2 et 3 grammes. M. C. Broussais a constaté, par la plessimétrie, l'*hyperémie de la rate*. Il a trouvé, à cet organe, en moyenne, à l'entrée des malades atteints de fièvre intermittente ou rémittente 14 centimètres et 11 à leur sortie; et il pense que le splénocèle est consécutif aux accès de fièvre, au lieu d'en être la cause et l'origine, puisque la rate se développe rarement dès le 1er accès, et qu'elle conserve souvent un grand développement, bien que la fièvre ne revienne plus. Sa diminution a toujours coïncidé avec la cessation de la fièvre, que l'on eût ou que l'on n'eût pas employé le sulfate de quinine.

L'*engorgement du foie* est le plus souvent, en Afrique, le résultat d'une double influence, celle de la fièvre et celle de la dysenterie. Quant aux *hydropisies*, elles résultent soit de la maladie du foie, soit d'une altération du sang, et M. C. Broussais a trouvé onze fois sur vingt-quatre, de l'albumine dans les urines.

Passant à la question de la nature des fièvres, M. C. Broussais note que les fièvres se montrent partout en Algérie, même dans les endroits les plus secs, les plus salubres, mais qu'elles sont infiniment plus fréquentes, plus nombreuses et plus meurtrières dans les lieux bas et marécageux. Le miasme paludéen n'est donc pas absolument nécessaire à leur développement, et la chaleur joue ici un rôle plus important qu'on ne lui en attribue généralement. La cause, quelle qu'elle soit, qui la produit, porte d'abord son action sur les centres nerveux et de là sur les autres appareils organiques et principalement sur l'appareil digestif.

Deuxième division. Affections sporadiques. M. C. Broussais ne traitera que de la *phthisie pulmonaire*. Les tuberculeux sont trois fois moins nombreux à Alger qu'à Paris et les morts par phthisie quatre fois moins, d'après plus de 900 observations. Bien que la phthisie soit rare à Alger, elle s'y développe cependant, et quelquefois malgré une longue intoxication paludéenne, malgré l'antériorité d'un grand nombre d'accès de fièvre; ce qui fait que M. C. Broussais rejette l'antagonisme proclamé par le docteur Boudin.

Tels sont les convictions de M. C. Broussais, mais il conçoit que ces opinions n'auront droit d'admission dans le monde médi-

cal que lorsqu'elles auront été appuyées d'un nombre suffisant d'observations, et qu'elles auront été soumises à une discussion approfondie; c'est à ce travail sérieux que se consacre maintenant l'auteur. Jusqu'ici il s'est efforcé de remplir deux conditions : 1° exactitude dans l'observation; 2° rigueur dans le raisonnement.

Ce travail se termine par sept tableaux différents, relatifs aux malades traités, aux morts, à la mortalité, etc., etc.

ALGÉRIE. — Histoire médicale de l'Algérie. — Compte-rendu du service médical de l'hôpital militaire de Blidah, pendant l'année 1842; par M. *Finot*, médecin en chef de cet hôpital, t. LVI, p. 4.

L'auteur, après avoir exposé la difficulté d'observer rigoureusement et avec détail les maladies en Afrique, ainsi que celle de réunir tous les moyens que la science moderne met à la disposition des médecins des grandes villes de France, déclare que son travail dérive son importance du nombre de malades qu'il a observés en 1842 et qui s'élève à 8,000, et du soin qu'il a pris de déterminer aussi exactement que possible chaque affection au lit du malade.

Ch. 1er. Blidah, élevé à 250 mètres au-dessus du niveau de la mer, est situé au devant d'une gorge de montagne où coule l'Oued-el-Kéhir, ce qui cause une forte humidité et donne lieu à de fréquents brouillards qui s'élèvent la nuit et planent encore le matin sur la ville. Son territoire a une pente favorable à l'écoulement des eaux. M. Finot s'étend au long sur l'histoire de Blidah depuis sa fondation, qui paraît remonter au 16e siècle. Nous noterons les quatre tremblements de terre qui eurent lieu en 1759, 1770, 1801 et 1825 et dont le dernier detruisit, en quelques secondes, plus du tiers des maisons; une invasion de myriades de sauterelles qui ne quittèrent le territoire de Blidah, en 1825, qu'après en avoir dévoré toute la végétation et chassé les habitants qui n'y pouvaient plus trouver ni repos ni tranquillité. N'oublions pas deux épidémies de peste en 1783 et en 1816, dont la dernière enleva 12,000 personnes en quelques mois; ces pertes étaient caractérisées par des bubons et des charbons. Enfin le choléra a enlevé à Blidah 1,600 individus en 1835. Les événements de la guerre avaient amené, en 1838, des conditions hygiéniques très-mauvaises qui ont disparu depuis; et de belles constructions commencent à s'élever. La population était, au 1er janvier 1843, de 1605 Européens, 6474 indigènes musulmans et 176 juifs, total 8255. Ici se trouvent des détails sur les différentes sectes et en particulier sur les Mosabites. Malheureusement chaque nouvelle maison est presque infailliblement un cabaret, et l'usage des boissons alcooliques commence à se répandre parmi les indigènes. Les Kabyles offrent tout à fait les mœurs décrites par Salluste. L'habitude des

Arabes de coucher en plein air est sans doute la principale cause des maladies des poumons qui font mourir, à Blidah, les Arabes bien plus fréquemment que les Européens. Ils observent rigoureusement le Ramadan, ne prenant ni aliment ni boisson de minuit au coucher du soleil et faisant alors un repas copieux suivi de danses, de chants, etc.

Un dispensaire a été établi à Blidah. Il compte maintenant 57 femmes dont 16 Mauresques, 13 Arabes, 6 Kabyles et 2 négresses; 32 sont mariées et 5 filles. Quant aux causes, c'est la misère pour 18, les mauvais traitements dans leur intérieur pour 12, la débauche pour 5, le crime pour 2. Toutes ces femmes ont été annuellement, avant leur admission au dispensaire, atteintes de fièvre intermittente, de diarrhée ou de dysenterie; toutes avaient eu la variole en bas âge, bénigne chez 28, ayant laissé des traces difformes chez 9. Les indigènes cherchent à obvier à ces difformités en couvrant la figure d'étoupes préalablement macérées dans l'huile.

En 1840 et 1841, il y a eu encombrement dans les baraques de malades militaires ; ceux-ci n'avaient que dix mètres et demi cubes d'air chacun; cette quantité s'élève maintenant à seize et demi; elle sera encore plus grande dans le nouvel hôpital que l'on construit.

La grande quantité de bois d'orangers qui entourent la ville a engagé à faire de l'eau de fleurs d'oranger, et M. Fortier, pharmacien-major, y a parfaitement réussi.

Plusieurs marais assez grands sont dans la plaine de la Mitidjah, à 20 et 30 kilomètres de Blidah; quelques autres plus petits sont plus rapprochés; mais aucun n'est à moins de 3 kilomètres de la ville.

Le second chapitre est consacré à la *statistique des malades.* M. Finot a eu à traiter 8173 malades en 1842, dont 564 entrés par évacuation ; ce mouvement considérable est dû au passage continuel des troupes expéditionnaires et surtout aux travaux du camp de la Chiffa. En considérant les sémestres, le second ou celui d'été compte plus du double des malades du premier. Dans le premier, peu de maladies endémo-épidémiques, dans le second, le médecin n'a plus à traiter, soit dans les hôpitaux, soit dans les régiments, soit en ville, qu'une seule maladie pour ainsi dire, l'intermittence, qui, avec les diarrhées et les dysenteries, n'épargnent aucun habitant de la Mitidja. Soit que l'on considère les mois ou les trimestres, on voit toujours les malades augmenter de juin à septembre et décliner en octobre, novembre et décembre.

Il y a eu 2985 sorties par billet et 4715 par évacuation, par suite de l'insuffisance des locaux; ainsi, dans une semaine du mois de septembre, M. Finot a été forcé de recevoir et d'évacuer plus de 700 malades pour n'en pas laisser coucher sans abri dans les cours de l'hôpital. En résumé , il y a eu 1 évacué sur 1,69 entrants; et sur ces évacués, 223 malades convalescents d'affections

graves et 4492 convalescents d'affections simples. 602 de ces affections étaient chroniques.

Sur cent entrants, il y a eu 85 affections endémo-épidémiques et 15 autres maladies; c'est un sixième pour ces dernières; c'est moins en été, c'est plus en hiver, surtout en février, moment du minimum des affections endémo-épidémiques.

Parmi ces dernières 2414 étaient de première invasion, et 3604 récidivées, ce qui donne une proportion de 60 récidives pour 40 premières invasions, celles-ci beaucoup plus fréquentes en été, les autres beaucoup plus en hiver.

Quant à la gravité, il y a eu, sur 100 entrants, 64 fièvres simples, 32 compliquées et 1,9 pernicieuse. L'augmentation des complications suit un mouvement d'ascension jusqu'en septembre, puis décroît jusqu'en janvier. Quant aux fièvres pernicieuses, elles se doublent, se triplent même brusquement en juillet, août et septembre, pour retomber aussi subitement presqu'à 0 dans les mois suivants.

La marche des diarrhées et des dysenteries est la même que celle des fièvres intermittentes; cependant leur maximum est en août, celui des fièvres étant en septembre; pour les diarrhées chroniques c'est le dernier trimestre qui est le plus chargé; c'est le troisième qui est le plus chargé en diarrhées compliquées, il est triple de la somme des trois autres réunis. Il y a eu 842 diarrhées et 305 dysenteries, dont 125 chroniques des premières et 11 seulement des secondes; aussi peut-on considérer les dysenteries comme peu graves à Blidah, on n'en trouve que 59 récidivées contre 246 de première invasion. Quant au type des fièvres, il y a eu, sur 100 entrants, 61 172 quotidiens 0,49 double tierces; 24,87 tierces; 0,43 quartes; 0,21 subintrants; 12,44 rémittents; ce dernier prédominant fortement dans le 3e trimestre.

Relativement aux heures des accès, ils sont presque deux fois plus fréquents de minuit à midi que de midi à minuit; le plus nombreux de 10 heures à midi, le moins de 10 heures du soir à 3 heures du matin.

Ici M. Finot passe à l'histoire des affections consécutives, à l'action endémo-épidémique. Ces affections se sont partagées en chloro-anémies 745, hypertrophies des organes abdominaux 40, ascites 42, anasarques 33; mais, ajoute M. Finot, c'est à Alger seulement qu'on a pu connaître le nombre des hydropisies, à cause des évacuations.

Le chiffre des affections sporadiques varie un peu aux différentes saisons et dans les deux semestres. Ces affections se composent de 12 gastro-entérites, 36 fièvres typhoïdes dont 15 en août et 12 en septembre; 12 hépatites; 66 pleuro-pneumonies dont 13 en février, les autres distribuées par 5, 7 et 8 par mois; 41 choléras dont le 1er le 5 mai et le dernier en novembre; 10 méningites et 5 phthisies pulmonaires.

Si l'on considère la proportion des malades à l'effectif, on trouve, en supposant cet effectif de 3,500 hommes, 14,22 sur 100 pendant le premier trimestre et 28,76 pendant le second, et d'après ce nombre, chaque individu serait entré deux fois et quart à l'hôpital dans l'année. Il y a eu un entrant sur deux habitants de la population civile. Bien que M. Finot manque de documents positifs, il pense que la population indigène est infiniment plus sujette à la fièvre que la population européenne.

En résumant par catégories les différentes professions qui ont fourni les 603 fiévreux de la classe civile, on trouve 292 individus pour les professions qui exigent un travail hors de la ville, 142 pour celles en plein air, et 169 pour les sédentaires. Ce qui est remarquable c'est que de tous les ouvriers employés l'été de 1842, par le comptable de Blidah, seulement pour transporter les foins en ville et en construire des meules, pas un seul, quels qu'aient été sa nation, son tempérament, son régime, sa manière de vivre, n'a échappé aux fièvres intermittentes de tous les types, types parmi lesquels la forme pernicieuse a été très-fréquente.

La considération de l'âge conduit à ces conclusions, que les maladies endémo-épidémiques sévissent avec une intensité progressive jusqu'à 30 ans et qu'elles décroissent ensuite d'une manière sensible.

La mortalité a été, à Blidah, de 1 mort sur 24; ce qui porterait à conclure qu'elle y est moins forte que dans beaucoup de contrées de la France; mais cette proportion favorable s'explique peut-être par le chiffre des évacuations; car celle de la population civile a été de 1 sur 15 habitants et de 1 sur 13 pour les musulmans, proportion supérieure à la mortalité des pays les plus marécageux de la France, puisque celle-ci est de 1 sur 21 dans la Charente-Inférieure.

La mortalité a été trois fois plus considérable dans la saison épidémique que dans l'autre saison. Ce sont les fièvres pernicieuses qui donnent le plus de décès, et ces décès sont distribués de la manière suivante quant aux saisons pour trois années réunies : 17 pour les premiers, 12 pour les deuxièmes, 130 pour les troisièmes et 96 pour les quatrièmes. La mortalité est plus forte en juillet, août et septembre, même en chirurgie.

Ce sont les âges de 22 à 25 ans qui fournissent les plus grandes sommes de mortalité, ce qui ne s'explique pas suffisamment par la présence d'un plus grand nombre d individus de cet âge dans l'armée, car les condamnés, les disciplinaires, les zouaves, les bataillons d'Afrique, etc., sont composés, en majorite, d'hommes de 25 ans et au-dessus; et, dans les corps de ligne, la réunion des officiers, sous-officiers, caporaux et soldats réengagés, remplaçants ou vétérans : tout cela forme une masse qui peut équilibrer à peu près celle des hommes au dessus de 25 ans.

La mort par diarrhée semble être un apanage presque exclusif de l'adolescence, tandis que la dysenterie frappe également à tous

les âges. Il y a d'ailleurs presque égalité dans la mortalité des Français du nord, du centre et du midi de la France.

Telle a été la marche rapide des affections qui ont occasionné la mort à Blidah en 1842, que l'on peut établir, comme règle générale, que les cas de décès sont d'autant plus fréquents qu'ils se rapprochent davantage de l'entrée du malade à l'hôpital. Ainsi sur 255 cas de mort par fièvre pernicieuse, 113 ont eu lieu du premier au deuxième jour; les diarrhées suivent une marche inverse.

Le chapitre quatrième est consacré à l'alimentation et au régime des troupes. M. Finot établit la différence des rations en campagne, suivant que l'on est en station ou en expédition; il distingue le blé dur qui fournit un pain beaucoup plus difficile à digérer que le blé tendre, et dont il serait bon que les proportions fussent diminuées. Il insiste sur les qualités du biscuit, de la viande; la quantité de celle-ci (250 grammes) lui paraît insuffisante. Le café est une excellente boisson qui remplace avec avantage les anciennes distributions d'eau-de-vie.

Certainement le régime influe beaucoup sur la santé des soldats et les abus des fruits, des alcooliques, etc., peuvent amener des maladies; mais les fièvres et les diarrhées sont, comme le disait Pringle, sous l'influence de l'air, des variations atmosphériques, des intempéries des saisons.

Ce travail se termine par des corollaires qui en résument les principales propositions.

ALGÉRIE. — (*Voyez* Topographie).

ARABES ET EUROPÉENS. — Remarques physiologiques et médicales sur les Arabes et les Européens, faites en Algérie; par M. *Cuvellier*, chirurgien aide-major au 62e régiment de ligne, t. LI, p. 81.

La classification du genre humain est restée incomplétement établie à cause de la difficulté de trouver des caractères positifs propres à fixer le nombre des races primitives. A notre époque, d'ailleurs, la fusion des peuples rend ces caractères plus fugitifs encore. L'espèce arabique occidentale, par son éloignement des autres peuples jusqu'aux temps des Romains, paraît se prêter plus facilement à la recherche de cette race primitive, qui serait la race arabe, suivant M. Larrey.

M. Cuvellier note d'abord les *modifications acquises à l'organisation des Arabes par le climat, les habitudes, les mœurs et l'éducation physique des organes.* Ainsi, la rectitude du tronc tient à la direction de la colonne vertébrale dont les courbures sont heureusement disposées à cet effet : son développement est secondé par la liberté complète des mouvements laissés dans le jeune âge. Les enfants voyagent souvent à cheval sur les hanches

derrière leurs mères, maintenus dans une espèce de large ceinture, ce qui maintient le tronc. Chez l'adulte, les mouvements de la colonne vertébrale jouissent d'une grande étendue. Chez le vieillard qui habite des huttes, des cabanes, des tentes peu élevées, il n'est pas rare de rencontrer une courbure antérieure très-prononcée et permanente de la colonne vertébrale.

La voûte du crâne est très-élevée, comme l'avait déjà signalé M. Larrey, ce qui est phrénologiquement en rapport avec des facultés morales et instinctives très-développées chez les Arabes. Est-ce la coiffure qui contribue à cette conformation? L'Arabe a beaucoup de fermeté, de finesse, de ruse, secondées par de la combativité; l'instinct générateur coïncide avec un développement prononcé du cervelet. L'angle formé par la branche du maxillaire inférieur avec le corps de l'os devient promptement droit et conserve cette forme plus longtemps que chez les Européens. Leurs dents sont très-régulières et garnies d'un émail d'une blancheur remarquable; les canines sont peu longues; d'ailleurs leurs mets se composent rarement de viandes.

Les cavités et éminences de la face sont développées dans une heureuse proportion; la cavité orbitaire et son rebord paraissent plus saillants, à cause de la moins grande abondance du tissu adipeux.

La mobilité des traits est moins prononcée que chez nous; le visage est promptement sillonné de rides, par suite de la rareté du tissu graisseux. L'expression permanente de la physionomie n'en est que plus prononcée.

Point de vice dans la conformation du thorax, cette partie n'étant gênée par aucun vêtement étroit. Les omoplates sont plus rapprochées de l'axe de la colonne vertébrale et les membres thoraciques tombent naturellement sur les parties latérales; l'axe de la cavité glénoïde étant plus en dehors, les luxations de cette articulation sont moins fréquentes.

Le bassin offre une obliquité qui se rapproche de celle de l'enfant, ce qui tient à l'attitude assise des Arabes, si différente de la nôtre, puisqu'ils sont toujours accroupis, les jambes croisées, aussi cette obliquité du bassin leur permet-elle de se pencher en avant beaucoup moins que nous lorsque nous voulons les imiter. L'articulation cotyloïdienne se rapproche de la glénoïdale, son rebord est épais, et les luxations y sont moins fréquentes que chez nous; aussi les mouvements de cette articulation sont-ils beaucoup plus libres et plus étendus. Les os de la cuisse sont, par suite de cette attitude accroupie, légèrement arqués; l'habitude de l'équitation ajoute encore à cette disposition. La direction des orteils est plus directe que chez nous. Les mouvements de l'articulation métatarso-phalangienne sont très-prononcés; ce qui s'explique parce que les Arabes marchent habituellement les pieds nus et que leurs chaussures, quand ils s'en servent, sont très-arrondies, presque carrées à leur extrémité.

M. Cuvellier a constaté ces particularités d'après l'examen de pièces osseuses trouvées dans des cimetières arabes, et par la vue de l'ensemble des formes générales d'un grand nombre d'Arabes.

Quant à la coloration de la peau, les uns l'ont bronzée accidentellement, véritablement brûlée par le soleil et durcie par l'impression de l'air vif de la plaine ou de la montagne, et sans cesse salie par la poussière. Chez les autres, au contraire, tout en conservant la teinte foncée caractéristique des habitants du midi, elle ne laisse pas que d'être pourvue de finesse et de fraîcheur.

Quant aux particularités de l'organisation intime des Arabes, on peut dire que leur cerveau est moins cultivé que celui des Européens, bien qu'il soit apte à une forte culture. A l'inverse, la puissance musculaire des premiers l'emporte sur celle des seconds; non point que le système musculaire soit plus volumineux, mais il est plus exercé, et d'ailleurs tous les êtres chétifs succombent dans l'enfance.

Tous les actes extérieurs caractérisent, chez les Arabes, le tempérament nerveux.

D'après M. Larrey, le cœur et le système vasculaire présentent une régularité et un développement parfaits.

Le tissu cellulaire est peu prononcé; les aréoles sont comme vides de sérosité, de graisse et de tissu adipeux; ce qui rend les saillies musculaires plus apparentes et les mouvements plus faciles. Aussi les Arabes conservent-ils, dans un âge avancé, une aptitude remarquable aux exercices qui exigent de la force et de la légèreté, ce qui contraste avec la chétive apparence de leurs membres. Il résulte encore de là que les sueurs et les éruptions miliaires qui les accompagnent chez les Européens sont peu prononcées chez les Arabes.

Influence du climat d'Afrique sur les Européens. — Dans les pays chauds, tous les organes jouissent d'un suractivité remarquable; et les maladies proviennent surtout de la fraîcheur funeste des soirées et des nuits après avoir souffert des chaleurs brûlantes du jour. Dans des diarrhées, des dysenteries et des fièvres intermittentes, ces causes suffisent, et l'on attribue généralement trop à l'influence des miasmes ce qu'explique l'action des climats chauds sur le développement de la diarrhée et de la dysenterie; c'est l'analogie d'organisation entre la muqueuse intestinale, principalement celle du gros intestin, et la peau; dans l'un et l'autre appareil ce sont par sympathie, les fonctions d'exhalation et de sensibilité qui sont troublées; l'exhalation est séreuse ou sanguine suivant l'intensité, la durée de la réaction, et principalement suivant la constitution du sujet. Ces affections ont une marche lente, à moins d'influence épidémique, et la médecine triomphe, à moins que la maladie très-ancienne ou récidivée n'ait été négligée par les malades; ce sont les toniques et les astringents qui sont utiles au début. Les fièvres intermittentes,

qui ne sont pas sous l'influence épidémique, s'enlèvent aussi facilement par le sulfate de quinine. Si les récidives sont très-fréquentes, c'est que l'action de la cause reste incessante. L'usage de la flanelle est un bon moyen prophylactique. Les causes des fièvres pernicieuses sont celles des fièvres simples, mais plus particulièrement les fatigues excessives d'une marche pénible pendant l'insudation. Dans celles qui sont causées par les miasmes, il faut tenir compte de l'altération du sang; aussi à la longue les organes de l'hématose, le poumon, le foie, la rate sont-ils altérés.

Lieux préférables à habiter. — Les bords des rivières et les plaines sont les lieux les plus dangereux à habiter. La température est généralement plus élevée que celle du midi de la France; elle devient insupportable les jours où souffle le *siroco*. L'été, les Arabes vont chercher sur les lieux élevés un air plus vif, plus frais et plus sain, des paturages mieux conservés; Sétif est un de ces points les plus habitables de la province de Constantine; cette ville est élevée de 1200 mètres au-dessus du niveau de la mer et n'a point de marais tout à l'entour. Aussi les fièvres contractées à Philippeville guérissent-elles d'elles-mêmes à Sétif et à Constantine.

Nourriture de l'Arabe. — Elle se compose de pain cuit en forme de galette, de dattes, de lait, de miel, de figues, de quelques légumes, de fèves, de riz, rarement de viandes; enfin de couscoussou. On a vu des figues de Barbarie, mangées immodérément donner lieu à une constipation opiniâtre. Il semble à l'auteur que les Arabes éprouvent, moins que les Européens, le sentiment de la soif. Quant à l'eau que l'on boit, pendant les marches, elle est quelquefois claire, fraîche, mais son usage immodéré cause des résultats fâcheux; d'autres fois cette eau est chargée de sels ou saumâtre, d'où de mauvaises digestions et des diarrhées. Les soldats avalent souvent de très-petites sangsues, dont la présence ne s'aperçoit qu'au sang qu'elles font couler par la bouche et le nez. De fortes doses de poudre ou de fumée de tabac les font tomber.

Hygiène des Arabes. — Elle est tout instinctive; les connaissances médicales des Arabes sont puisées dans les traditions et dans le Coran, leur seul livre de religion, de mœurs et de médecine. Les Arabes sont moins souvent malades que nous.

Costumes. — Celui des Arabes est le plus convenable en Afrique. M. Cuvellier indique différentes modifications, dans ce cas, à celui de nos troupes; celui des zouaves lui paraît le plus convenable. Il indique encore quelques modifications à introduire dans le service.

ALQUIÉ; *médecin en chef et premier professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement.* — Discours prononcé à la distribution solennelle des médailles au

Val-de-Grâce, à la suite du concours de 1844, t. LVII, p. 341.

AMPUTATION. — Observation d'amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale; réunion immédiate ; guérison ; par *M. le Dr. A. Génin*, chirurgien aide-major chargé en chef du service de l'hôpital militaire de Bone, t. XLVIII, p. 358.

Chute de cheval; fracture de l'humérus gauche avec issue du fragment supérieur; blessure de l'artère brachiale dans les tentatives de réduction; hémorrhagie. Etranglement du membre par suite de l'application d'un lien circulaire; sphacèle. Amputation scapulo-humérale. Cicatrisation presque complète. Refroidissement. Diarrhée; pourriture d'hôpital. Traitement de cette complication par le sulfate de quinine à l'intérieur et les lotions avec la décoction de quinquina. Guérison.

AMPUTATION COXO-FÉMORALE, t. XLIX, p. 271 (*Voyez* clinique chirurgicale de l'hôpital militaire de perfectionnement).

ANDRÉ (J. J.). — *Pharmacien-major, professeur au Val-de-Grâce.* — Mémoire sur l'action du chlore sur la quinine, t, XLVII, p. 353. — Note sur l'action de l'alcool sur quelques solutions salines, t. L, p. 324.

ANEVRISME CRURAL. — Observation d'anévrisme crural, suite d'un coup de sabre ; compression et ligature; par *M. Gama*, chirurgien-aide-major au 57e régiment de ligne, t, XLV, p. 324.

Coup de sabre à la partie antérieure et interne de la cuisse gauche ; on se rend maître de l'hémorrhagie par la compression : il se forme une tumeur anévrysmale dans le point correspondant à la blessure. Compression méthodique sur la tumeur. Formation d'une escarre s'étendant jusqu'aux parois de l'anévrysme, qui continue à battre. Ligature au-dessus de la tumeur. Détersion du sac. Guérison. Note du rédacteur du recueil sur les inconvénients de la compression directement exercée sur les tumeurs anévrysmales: il conclut que la ligature est la seule ressource efficace contre ces tumeurs, et que l'on peut considérer comme une perte de temps tout retard apporté à l'opération.

ANTOINE (A.-M.) *chirurgien-major au 11e régi-*

ment de chasseurs (1). — Observation de déchirure intestinale par contusion, t. XLIX, p. 174. — Observation de laryngite striduleuse. Bronchotomie. Mort du sujet, t. LI, p. 251.

ANTONINI, *médecin en chef de l'armée d'Afrique* (2). — Relation médicale de l'expédition de Mélianah et de Médéah, en juin 1840, t. XLIX, p. 52. — Rapport médical sur l'Algérie, t. L, p. 161. — Discours prononcé à ses obsèques par M. Casimir Broussais, t. LIX, p. 402.

ANUS. — Considérations pratiques sur diverses maladies chirurgicales de l'anus, t. LVII, p. 118 (*Voyez* maladies chirurgicales).

APOPLEXIE ET ASPHYXIE. — Observation d'apoplexie et d'asphyxie causées par la présence dans l'estomac d'une grande quantité d'aliments; mort très-prompte du sujet. Adhérence du péricarde à la paroi antérieure de la poitrine; par M. *Félix Letellier*, chirurgien aide-major au 6e régiment d'infanterie de ligne, t. XLVII, p. 187.

M. Félix Letellier, appelé le 29 juin auprès d'un sergent du 36e de ligne, qui était mort subitement la veille au soir, procéda à l'autopsie, seize heures après la mort. Ce sergent était d'une constitution athlétique, pléthorique, d'un appétit extraordinaire, et avait mangé quatre heures avant de succomber, quatre à cinq livres de pain. La face et le cou sont fortement cyanosés; il y a de l'écume à la bouche, les yeux sont à demi-ouverts et saillants hors des orbites. A la section du crâne, on trouve les méninges très-légèrement injectées, mais la substance cérébrale sablée; peu de sérosité dans les ventricules, les poumons sont gorgés d'un sang noir, les bronches remplies d'une écume sanguinolente. Le péricarde vers la jonction de son tiers supérieur avec le moyen, adhère sur une étendue de 2 centim. à la paroi antérieure de la poitrine. L'estomac porté en haut et en avant, est très-volumineux et distendu par une énorme quantité d'aliments. Le duodénum est entièrement vide. Les autres organes sont sains.

Il est évident pour l'auteur, que le sujet a succombé à une

---

(1) En ce moment chirurgien-major de 1re classe au 3e régiment d'artillerie.

(2) Décédé à Alger, en 1845.

double apoplexie, d'abord pulmonaire, ensuite cérébrale. Ce qui a contribué à ce funeste résultat, c'est l'énorme quantité d'aliments prise et une chaleur de 36° cent., qui avait dû ralentir les forces digestives et assimilatrices. Peut-être qu'un peu d'émétique administré immédiatement, aurait pu sauver cet homme en débarrassant l'estomac et permettant au diaphragme de s'abaisser.

APOPLEXIE PULMONAIRE, t. L, p. 92 (*Voyez* mort subite).

APPAREIL. — Note sur un appareil normaloïde, propre au traitement des fractures de la jambe, et susceptible d'une application générale; par MM. *Lasserre*, chirurgien-major au 9e régiment d'infanterie de ligne, et *Fremanger*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Thionville, t. LV, p. 251.

Les auteurs de ce mémoire commencent par signaler les inconvénients que présentent, suivant eux, les appareils généralement employés; ils reprochent notamment au bandage inamovible, de ne pouvoir suivre, dans son retrait, le membre tuméfié ou amaigri, et c'est surtout pour obvier à cet inconvénient qu'ils ont imaginé leur appareil. Celui-ci est composé de pièces de carton et de feutre auxquelles on donne la forme nécessaire en les coupant sur le modèle du membre fracturé, obtenu par le contre-moulage du membre sain, préalablement moulé en plâtre. Les auteurs rapportent cinq observations à l'appui.

Première observation. Fracture de la jambe; consolidation après soixante-dix jours de traitement.

Deuxième observation. Fracture de la jambe; consolidation en quarante-cinq jours.

Troisième observation. Fracture comminutive de la jambe, avec issue du tibia; le sujet sort guéri de l'hôpital au bout de quatre mois.

Quatrième observation. Fracture de la jambe; le sujet sort guéri de l'hôpital au bout de trois mois environ.

Cinquième observation. Fracture de la jambe; consolidation dans l'espace de quarante jours. Note du rédacteur qui argue contre cet appareil de l'extrême complication de sa confection.

APPAREIL INAMOVIBLE. — Note sur l'appareil inamovible; par M. le Baron *Larrey*, t. XLV, p. 1.

L'auteur a imaginé son appareil, non seulement pour les fractures des membres, mais bien pour toutes les plaies en général. Il proclame dans le traitement des plaies, les bons effets des pansements rares et de la chaleur. Description et mode d'application

de l'appareil. Les fanons, par leur élasticité, tendent à se redresser; en sorte, dit l'auteur, qu'il ne reste aucun vide entre l'appareil et le membre. La semelle est remplacée par une bande en étrier. Le malade peut marcher à l'aide de béquilles, le pied étant suspendu à un long étrier, qui prend son point d'appui sur le cou. Fait remarquable à l'appui. Opinion de l'auteur sur la formation du cal, qui aurait lieu chez l'homme par l'anastomose des vaisseaux, d'un fragment à l'autre. La matière *terreuse granulée* qui se produit dans l'espace qui résulte de la perte de substance d'un os, chez les animaux, serait privée de vaisseaux et inorganique.

ARSENIC. — Mémoire sur un nouveau procédé d'isolement de l'arsenic dans les recherches médico légales; par M. *P. Malle*, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. XLVII, p. 305.

Examen des procédés proposés par Hahnemann, Rose, Fischer, Roloff, Rapp, Taufflieb et M. Orfila, pour démontrer la présence de l'arsenic dans les matières animales. Inconvénients de chacun de ces procédés. Le procédé suivant paraît préférable à l'auteur, particulièrement quand il s'agit de démontrer la présence des quantités les plus minimes d'acide arsénieux. Traiter les matières suspectes par l'alcool ou l'éther; puis les placer dans une capsule de porcelaine à l'action d'une dissolution d'hydrosulfate d'ammoniaque, pour transformer en sulfure d'arsenic les préparations métalliques susceptibles de subir cette transformation. Evaporer lentement la liqueur et traiter le résidu par l'alcool saturé de gaz ammoniac. Les matières contenues dans la capsule étant placées sur un filtre, la filtration fait obtenir une liqueur qui contient de l'alcool, de l'ammoniaque et le sulfure qui y est dissous. Introduire le tout dans une cornue communiquant avec un ballon; chauffer au bain-marie, afin de distiller l'alcool et d'évaporer l'ammoniaque. Traiter le résidu par l'acide nitrique uni à un peu d'acide hydrochlorique, pour brûler les matières organiques et transformer le sulfure en acide sulfurique et en acide arsénique. Séparer ces deux acides en ajoutant à la liqueur de l'ammoniaque et du sulfate ammoniaco-magnésien; l'acide arsénique se précipite à l'état d'arséniate ammoniaco-magnésien. Recueillir le précipité sur un filtre, le dessécher et l'exposer à un courant de gaz hydrogène. Détails des expériences dans chacune desquelles M. Malle a employé cinq milligrammes d'arsenic, mêlés à des substances alimentaires. Il a constamment obtenu l'anneau métallique dans un tube disposé à cet effet.

ARTÉRITE. — Observation d'artérite obturante suivie de gangrène; par M. *Pingrenon*, chirurgien-major

du 15e régiment d'artillerie-pontonniers, t. LIV. p. 306.

Dysenterie grave; douleurs dans le membre inférieur gauche; refroidissement de ce membre; cessation des pulsations de l'artère crurale. Enfin, sphacèle de la plus grande partie du membre. A l'autopsie, on trouve une perforation de l'S iliaque au niveau de l'artère iliaque externe qui est phlogosée et oblitérée par un caillot.

ASPHYXIÉS. — Instruction générale et méthodique rédigée par le conseil de santé des armées, sur les secours à donner aux asphyxiés, quelles que soient les causes de l'asphyxie, t. LVI, p. 353.

On peut ajouter aux objets qui sont à la disposition des chirurgiens des régiments: 1° Un peignoir en molleton, grand modèle; 2° un bonnet en molleton, monté et adhérent au peignoir, fermant à coulisse à sa base et à son sommet; 3° un morceau de serge servant de frottoir; 4° deux gants en cuir noir.

De l'asphyxie en général. La putréfaction du cadavre peut seule démontrer que la mort est réelle; l'on a sauvé des individus qui étaient restés plusieurs heures sous l'eau; il a fallu quelquefois pour cela jusqu'à 9 heures de tentatives. Le local ne doit pas avoir plus de 17°.

Asphyxie par submersion. Il n'entre pas beaucoup d'eau dans l'estomac et les bronches, quelquefois même pas du tout; par suite de la contraction spasmodique de l'œsophage et de la glotte, et plus tard, par suite du développement des gaz dans les cavités splanchniques. Généralement on ne peut espérer de succès quand la submersion a duré plus de 25 à 50 minutes. Voici les indications à remplir: 1° Poser le corps dans un lieu sec, au grand air, sur un matelas et enlever les habits, en les coupant avec des ciseaux pour ne pas perdre de temps. 2° Éponger et essuyer promptement avec des linges et de la laine, mettre le peignoir et le bonnet de laine préalablement chauffés, et pratiquer des frictions sèches sur tout le corps; imiter les mouvements d'inspiration et d'expiration, en comprimant alternativement l'abdomen et le thorax. 3° Aspirer les mucosités qui encombrent les voies aériennes avec une petite seringue introduite dans l'une des narines, pendant que l'autre est bouchée. 4° L'insufflation de l'air a des inconvénients. 5° Le tabac en décoction par le rectum ou en fumigations, a des effets toniques très-fâcheux; les lavements d'eau de savon, d'eau salée ou vinaigrée sont préférables. 6° Titiller les fosses nasales et le gosier avec les barbes d'une longue plume trempée dans de l'alcali volatil affaibli; frictions avec des substances éthérées, alcalines, alcooliques, camphrées; sinapismes aux

pieds et aux jambes. 7° Ne point faire avaler de boisson avant que la respiration ne soit complètement rétablie. 8° Aussitôt que la chaleur commencera à se développer, on appliquera quelques ventouses mouchetées au dos, à l'épigastre et aux hypochondres; on donnera un bain chaud, on frictionnera avec de l'huile camphrée. 9° Aussitôt que la circulation sera bien rétablie, que le pouls sera plein, on fera une saignée de la veine. 10° Lorsque le malade pourra avaler, on lui donnera quelques boissons aromatiques tièdes; puis on le couchera dans un lit, bien enveloppé de flanelle et on l'abandonnera à un sommeil réparateur.

Asphyxie par les gaz méphitiques. Il faut: 1° Sortir l'asphyié du lieu méphitisé; 2° le débarrasser promptement de ses vêtements; 3° le placer dans une position assise, en soutenant la tête, asperger le corps et surtout le visage avec de l'eau froide; 4° frictionner toute la surface du corps; imiter les mouvements d'inspiration et d'expiration comme ci-dessus; 6° continuer les affusions froides, même quand l'asphyxié commence à donner quelques signes de vie; 7° favoriser les vomissements par des titillations de l'arrière bouche; 8° faire avaler de l'eau acidulée, quand la déglutition est rétablie; 9° essuyer alors le corps, coucher l'individu dans un lit bassiné, lui donner un lavement d'eau de savon vinaigrée, appliquer des ventouses mouchetées.

Asphyxie par la foudre. Traitement semblable au précédent.

Asphyxie par le froid. 1° Transporter l'asphyxié dans un lieu frais, enveloppé d'une couverture, ou de paille, de foin; 2° le déshabiller et couvrir son corps de linges trempés dans l'eau froide; 3° aussitôt que les membres commencent à perdre de leur raideur, imiter les mouvements d'inspiration et d'expiration et frotter le corps avec de la neige ou de l'eau froide; 4° à mesure que la raideur se dissipe, on augmente la température, peu à peu jusqu'à 30°; 5° quand il se manifeste des signes de vie, on place l'asphyxié dans un lit à une température modérée; 6° donner une infusion théiforme tiède avec quelques gouttes d'eau-de-vie; 7° s'il y a propension à l'engourdissement, eau vinaigrée, lavements de savon, de sel, etc.

Asphyxie par strangulation ou suspension. 1° Couper promptement le lien, en soutenant le corps pour en éviter la chute; 2° placer le corps sur un lit ou de la paille, la tête et la poitrine plus élevées que le reste du corps; 3° maintenir une température convenable; 4° le médecin jugera s'il doit ou non saigner; 5° affusions froides sur la face, frictions sur le corps; 6° compressions intermittentes; 7° frictions avec des flanelles et des brosses; 8° lavements quand la vie est bien rétablie; 9° infusions théiformes, etc.; comme dans les autres.

Asphyxie par la chaleur. 1° Transporter l'asphyxié dans un lieu frais, mais non froid; 2° déshabiller; 3° saigner s'il y a des symptômes de congestion; 4° bains de pieds chauds à la cendre, au sel; 5° quelques gorgées d'eau froide légèrement acidulée, la-

vements vinaigrés ; 6° si la maladie persiste, ventouses scarifiées à l'épigastre et aux tempes ; 7° quand l'asphyxie a été déterminée par l'action du soleil, même traitement, mais insister sur les applications froides sur la tête.

AULAGNIER (Ad.), *médecin en chef de l'hôpital de Baréges* (1). — Observation d'hémoptysie grave occasionnée par *l'hœmopys vorax* (*hirudo ægyptiaca*), t. XLVI, p. 283. — Réponse au mémoire de M. le Dr. Corbin, chirurgien aide-major au 19e léger, intitulé : Notice sur les eaux thermales de Bourbonne, t. LI, p. 153.

AULAGNIER (Alexis-François) *ancien médecin principal des armées, ancien inspecteur-général du service de santé de l'armée espagnole.* Notice nécrologique sur lui, t. LII, p. 399.

AVISARD, *chirurgien aide-major au 42 régiment de ligne* (2). — Observations sur l'emploi de la pommade stibiée en friction dans le traitement des fièvres intermittentes, t. XLII, p. 356.

AZOTATE D'ARGENT. — Emploi de l'azotate d'argent à haute dose dans le traitement abortif de la blennorrhagie, t. LIV, p. 315. (Voyez Blennorrhagie).

AZOTURES. — Mémoire sur quelques azotures nouveaux, et sur l'état de l'azote dans plusieurs combinaisons ; par M. *E. Millon*, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Toulouse, t. XLV, p. 342.

Azoture de brôme. Il s'obtient par l'instillation lente d'une solution de brômure de potassium sur de l'azoture de chlore. C'est une véritable décomposition double. Caractères physiques et chimiques de ce composé.

Azoture de cyanogène. Le cyanure de potassium substitué au brômure, fait pâlir la teinte jaune si caractéristique de l'azoture de chlore. Phosphore exposé aux bulles gazeuses qui viennent crever à la surface de l'eau sous laquelle il faut conserver l'azoture de chlore, et aux vapeurs blanches qui viennent la recouvrir. Phé-

---

(1) Aujourd'hui médecin de l'école polytechnique.

(2) Démissionnaire.

nomènes qui accompagnent la formation de l'azoture de cyanogène. Facilité de sa décomposition. Précautions à prendre afin d'éviter les accidents d'une explosion.

Action de divers corps sur l'azoture de chlore. Le sulfo-cyanure de potassium ne produit aucune explosion; mais il donne lieu à une masse d'un jaune orangé et comme butyreuse qui se dissout avec une extrême facilité, dans le sulfo-cyanure qui n'a point encore agi. Le proto-sulfure de potassium donne naissance à une poudre d'un jaune verdâtre qui surnage. L'iodure de potassium produit une poudre fine et noirâtre, dans laquelle on reconnaît l'azoture d'iode.

Action du cyanure de potassium sur l'azoture d'iode. L'azoture d'iode est entièrement soluble dans le cyanure de potassium, sans aucun dégagement de gaz. Caractères de cette solution.

Composition des azotures non métalliques. Il serait facile de déduire la formule des azotures de brôme et de cyanogène, si la composition de l'azoture de chlore et d'iode était mieux connue. L'analyse directe n'a pu encore intervenir dans la détermination de leurs éléments, et seule elle pourra trancher la question, qui ne saurait être indifférente lorsquelle est si voisine de la théorie des amides. La réaction indiquée entre l'iodure de potassium et l'azoture de chlore permet de conclure de la composition de l'azoture d'iode à celle de l'azoture de chlore, et la composition des azotures de brôme et de cyanogène est enchaînée à celle de l'azoture de chlore.

Action de l'acide chlorhydrique sur l'azoture d'iode. L'azoture d'iode disparaît dans l'acide chlorhydrique et reparaît par l'addition de la potasse. Explication de ce phénomène.

Décomposition de l'azoture d'iode dans l'eau. Si la décomposition de l'azoture d'iode s'opère sous l'eau, on y trouve de l'acide iodique, de l'acide iodhydrique et de l'ammoniaque. Théorie de cette décomposition et de la formation des nouveaux composés. Equation rendant compte de la manière dont les phénomènes se produisent.

Ammoniure d'iode. Découvert par M. Colin, en faisant réagir le gaz ammoniac sec sur de l'iode dans le même état. Ce chimiste a distingué deux degrés d'ioduration suivant que le liquide est visqueux ou fluide. C'est à l'étude du second que M. Millon s'est particulièrement attaché. Expériences tendant à la recherche de la formule rationnelle de ce corps.

Considérations générales. Recherches théoriques pour trouver des analogues à ce composé singulier d'iodhydrate d'ammoniaque et d'azoture d'iode ammoniacal. Rapprochement des formules de l'ammoniure d'iode, de la sulfimide de M. Dumas, et du chlorure de soufre bi-ammoniacal de M. Soubeiran, démontrant entre ces composés le rapport existant dans la nature de leurs éléments et dans leurs proportions. Explication de ces for-

mules. Considération sur la place logique et rationnelle que les composés qui viennent d'être étudiés, doivent occuper dans la classification actuelle du système chimique.

B

BALLE.—Trajet d'une balle de pistolet tiré à quarante pas; par M. le docteur *Deleau*, chirurgien-major au 7e régiment de cuirassiers, t. XLVII, p. 302.

Balle ayant traversé les muscles du bras droit à son tiers supérieur, brisé la cinquième vraie côte, traversé le lobe moyen du poumon droit, coupé la moëlle épinière entre les quatrième et cinquième vertèbres dorsales, traversé le lobe moyen du poumon gauche, fracturé les quatrième et cinquième côtes correspondantes, puis l'humérus gauche et s'étant enfin arrêtée sous la peau, au côté externe du bras gauche. Chute sur le coup ; défécation ; paraplégie ; dyspnée. Mort au bout de trois heures et demie.

BANDAGE. — Description d'un nouveau bangage pour le traitement des fractures de la rotule ; par M. *R.-E. Salleron*, chirurgien aide-major au 32e régiment d'infanterie de ligne, t. LIII, p. 286.

L'auteur commence par énumérer les conditions à remplir pour réduire les fractures de la rotule et les maintenir réduites. Il n'admet pas qu'un écartement de deux centimètres et demi entre les fragments puisse exister sans qu'il y ait gêne, incertitude dans les mouvements du membre. Il dit quelques mots des bandages les plus employés, et décrit le sien, qui n'est autre que le kiastre, plus les deux attelles courbes de Ravaton. Un avantage de cet appareil serait de laisser la rotule à découvert. Il a été employé deux fois avec succès. Le rédacteur du Recueil a fait suivre ce travail de réflexions dans lesquelles il rappelle cinq cas de consolidation *immédiate* de fractures de la rotule, et décrit l'appareil employé par M. Pasquier aux Invalides : le pied et la jambe sont entourés d'un bandage roulé ; deux compresses graduées, dont les extrémités ont été émincées avec un rasoir, sont appliquées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule, et fixées par une bande amidonnée ; une couche de coton est appliquée le long de la région poplitée; enfin, une gouttière de carton, découpée sur les bords, est adaptée à la face postérieure du membre et maintenue à son tour par une nouvelle bande amidonnée.

BARTHÉLEMY (de Saumur), *chirurgien aide-major*

de la garde municipale (1). — Considérations pratiques sur diverses maladies chirurgicales de l'anus, et sur les ganglions synoviaux, t. LVII, p. 118.

BARTHEZ, *médecin à l'hôpital militaire de Rennes* (2). — Observations de laryngite sous-muqueuse ulcéreuse et œdémateuse, t. XLIX, p. 130. —

BAUDENS, *chirurgien en chef, premier professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.* — Discours prononcé à la suite du concours de 1843, à la distribution solennelle des prix à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. LV, p. 322.

BÉGIN (L.-J.), *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de perfectionnement* (3). — Discours prononcé le 7 octobre 1840, à la séance publique annuelle du Val-de-Grâce, t. XLIX, p. 352. — Discours prononcé le 21 août 1841, à l'inauguration de la statue de F.-J.-V. Broussais, t. LI, p. 361. — Discours prononcé dans l'amphithéâtre de l'hôpital militaire de Lille à l'inauguration des bustes de Broussais et de Larrey, t. LVI, p. 380. — Discours prononcé sur la tombe de François Ribes, au nom de l'Académie royale de Médecine, le 24 février 1845, t. LVIII, p. 382.

BEQLA. — Maladie appelée *Sellema* et *Beqla* par les indigènes de l'Algérie, t. LX, p. 222, (*Voyez* Sellema).

BESANÇON. — Rapport au conseil de santé sur le service chirurgical de l'hôpital militaire de Besançon, t. XLVI, p. 52. (*Voyez* Hôpital militaire).

BESNARD (Jules-Théodore-François), *chirurgien sous-aide-major* (4). — Observation de spina ventosa du

---

(1) Actuellement chirurgien-major de deuxième classe, au 46e régiment de ligne.

(2) Aujourd'hui médecin ordinaire à l'hôpital du Gros-Caillou.

(3) Actuellement chirurgien inspecteur, membre du Conseil de santé.

(4) En ce memont chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou.

corps de l'humérus gauche. Fracture par suite de l'affaiblissement de l'os. Traitement par l'iodure de potassium et un bandage convenable. Guérison, t. LVI, p. 272.

BERNARD, *Pair de France, Ministre et Secrétaire d'Etat de la guerre.* — Lettre à madame veuve Broussais, à l'occasion de la mort de son mari, t. XLV, p. 387.

BERNET (Jean-Baptiste) *Ch. A. M.* (1). — Observation de méningite épidémique; suppuration en 48 heures. (Extrait d'un mémoire), t. LIV, p. 92. — Observation de méningite épidémique; suppuration en 48 heures. (Extrait du même mémoire), *ib.*, p. 95.

BERT, *chirurgien aide-major au 64e régiment de ligne* (2). — Observation de fragment d'os très-volumineux arrêté dans l'æsophage; perforation de ce conduit et de l'aorte; mort, t. LIII, p. 237.

BERTHERAND (A.) *D. M. P. chirurgien-sous-aide* (3). — Observations recueillies à la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction de Lille, t. XLV, p. 255. — (A fait un essai historique et médical sur Blidah, dont on a extrait des documents relatifs à l'histoire médicale de l'Algérie), t. LII, p. 164 (*Voyez* Algérie). — Observation de dégénérescence squirrheuse du tissu cellulaire de l'orbite, chez un malade atteint de ganglionite cervicale, t. LIII, p. 248. — Note sur un cas de rétrécissement intestinal par une bride péritonéale, t. LVII, p. 186. — De la suture dans le traitement des plaies du col, t. LIX, p. 252.

BERTON, *chirurgien aide-major de la gendarmerie de la Seine.* (4). — Observation de cas de mort subite au

---

(1) En ce moment chirurgien-major en non activité pour infirmité temporaire.

(2) Actuellement chirurgien aide-major de première classe à l'hôpital militaire de Calvi.

(3) Aujourd'hui professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.

(4) En ce moment chirurgien-major de deuxième classe au 24e régiment d'infanterie légère.

milieu de la santé, en apparence la plus parfaite, suivie de considérations générales, t. L, p. 69.

BERTRAND (A.-M.), *chirurgien en chef de l'hôpital de* Saint-Omer. — Observation de fractures des deux membres inférieurs, suivies de gangrène de la jambe droite, d'amputation de la cuisse, de trismus et de mort, t. LIII, p. 301.

BERTRAND (J.-F.), *chirurgien aide-major, chargé du service de santé des ateliers des militaires condamnés au travaux publics de la Belle-Croix* (1). — Note sur une chute de dix mètres de haut sur la partie droite de la tête et de la nuque; commotion du cerveau; épanchement; paralysie du membre supérieur gauche ; guérison, t. XVIII, p. 361.

BIARD, *chirurgien-major au* 16e *régiment d'infanterie de ligne* (2). — Mémoire sur l'héméralopie et sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de cette maladie, t. XLIX, p. 108.

BICHLORURE D'HYDROGÈNE.—Note sur le bichlorure d'hydrogène et le bichlorure de plomb; par M. *E. Millon*, pharmacien aide-major, professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. L, p. 309.

Dans des recherches antérieures sur la nature des composés décolorants, l'auteur avait obtenu, en faisant réagir les chlorures d'oxydes alcalins sur les sels de plomb, un composé blanc, d'une grande instabilité, qui figure une combinaison correspondante au peroxyde de plomb. Il se formait par l'action de ce composé sur l'acide hydrochlorique un produit que toutes les réactions indiquaient comme un bichlorure d'hydrogène dont l'instabilité s'opposait à une analyse certaine. A l'aide de l'action de l'acide hydrochlorique concentré sur de l'oxyde puce, à la température ordinaire, l'auteur est parvenu à produire le bichlorure d'hydrogène. Il en a établi la composition d'une manière certaine, ainsi que celle du bichlorure de plomb.

— DE MERCURE.—Note sur la préparation du bichlorure de mercure, et sur un nouvel oxydochlorure

(1) Chirurgien-major de deuxième classe au 65e de ligne.
(2) Décédé.

de ce métal; par M. *Roucher*, préparateur de chimie au Val-de-Grâce, t. LVII, p. 255.

Toutes les fois que dans la préparation du bichlorure de mercure le bioxyde de mercure est maintenu en excès, afin de neutraliser tout l'acide chlorique, il se forme un bichlorure qui, par son contact avec l'oxyde non dissous, donne lieu à plusieurs produits. L'un d'eux, l'oxydo-chlorure noir, prend toujours naissance quand le bichlorure et l'oxyde mercurique se trouvent en présence à une température suffisamment élevée. L'ébullition de la solution mercurielle, saturée sur l'oxydo-chlorure noir, le transforme lui-même en un grand nombre de corps de composition analogue dont l'aspect varie avec la concentration du liquide et le temps de l'ébullition. — Mode de séparation du nouvel oxydo-chlorure des oxydo-chlorures colorés et du bichlorure qui a cristallisé en même temps que lui. — Examen des caractères de ce nouveau corps. — Recherches par le dosage de la proportion des éléments que renferme le nouvel oxydo-chlorure.

Dosage du chlore, opéré par le chlorure d'argent.

Dosage de l'oxygène, par l'ingénieux procédé employé au Val-de-Grâce pour l'analyse de l'acide hypo-iodique.

Dosage du mercure à l'aide du protochlorure d'étain, avec addition d'une petite quantité d'acide oxalique.

Résultats des dosages comparés aux nombres théoriques.

— DE PLOMB, t. L, p. 309 (*Voyez* Bichlorure d'hydrogène).

BLANVILLAIN, *chirurgien sous-aide à l'hôpital de Tlemcen* (1). — Observation d'abcès du foie, t. LV, p. 72. — Observation de développement anormal du foie; hépatisation du poumon droit; parenchyme du foie composé de cellules remplies de pus, *ib.*, p. 78.

BLENNORRHAGIE. — Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie par l'azotate d'argent à haute dose, et sur l'emploi des injections caustiques à toutes les périodes de l'uréthrite; par M. *Antonin Debeney*, chirurgien aide-major au 12e régiment de ligne, t. LIV, p. 315.

L'auteur commence par constater qu'en France la méthode

(1) En ce moment chirurgien aide-major de deuxième classe au 11e régiment d'infanterie légère.

abortive de Carmichaël n'est point usitée ou même est proscrite, à cause des graves dangers auxquels on croit qu'elle expose les malades. Il veut prouver que ces craintes reposent sur des idées préconçues, et non sur l'observation. Il rapporte vingt-un faits qu'il range dans deux catégories, dont la première comprend douze cas d'*injections caustiques au début de la blennorrhagie ou abortives*. 1ère *observation*. Blennorrhagie depuis le matin; injection à la dose de 0,6 d'azotate d'argent cristallisé pour 30 gr. d'eau. Douleur atroce. Cessation de l'écoulement le lendemain. 2e *observation*. Ecoulement depuis la nuit. Injection à 0,6 le soir. Suspension de l'écoulement le lendemain. Ecart de régime. Retour de l'écoulement. Nouvelle injection à 0,6. L'inflammation avorte, et quelques injections astringentes complétent la guérison. 3e *observation*. Blennorrhagie au deuxième jour; injection caustique. Cessation de l'écoulement. 4e *observation*. Uréthrite depuis cinq jours. Injection à 0,6. Douleur horrible. Ecoulement de quelques gouttes de sang pendant la miction, circonstance insignifiante d'après l'auteur. Diminution de l'écoulement. Le sujet, qui pouvait à peine marcher, continue sa route. 5e *observation*. Ecoulement depuis quatre jours. Injection à 0,6. Cessation de la blennorrhagie le lendemain. 6e *observation*. Uréthrite depuis le matin. Injection avec 1,5 d'azotate d'argent *fondu*. Guérison le lendemain. 7e *observation*. Uréthrite depuis un jour. Injection à 0,6. Suspension de l'écoulement, qui reparaît le lendemain. Seconde injection à 0,7. Suppression de l'écoulement, qui reparaît deux jours après. Coït. Réapparition de l'écoulement. Le soir, nouvelle injection à 0,7. Suintement, qui cède aux injections astringentes continuées pendant quatre jours. 8e et 9e *observations*. Deux hommes. Ecoulement chez l'un depuis trois, chez l'autre depuis quatre jours. Injection à 0,6, Le pharmacien a triplé la dose du véhicule. Le résultat n'est point satisfaisant. Injection ordinaire à 0,6 pour 30,0 d'eau. Guérison des deux malades dès le lendemain. 10e *observation*. Blennorrhagie. Injection à 0,6 le même jour. Le lendemain, suspension de l'écoulement, qui reparaît le jour suivant. Nouvelle injection. Le lendemain, un faible écoulement persiste. Injection à 0,7. Guérison pendant trois jours. La blennorrhagie se reproduit à la suite d'un double coït. Injection à 0,8. L'écoulement s'arrête le lendemain pour reparaître le jour suivant. Nouvelle injection à 0,8. L'écoulement persiste. Injections saturnines, puis avec le sulfate de zinc, les premières ne pouvant être supportées, et enfin avec le tannin. Le canal est irrité. Deux bains. Nouvelle injection caustique à 0,8, suivie au bout de dix heures d'une injection semblable. Quinze heures après, suppression définitive de l'écoulement. 11e *observation*. Même sujet deux mois après. Ecoulement depuis six heures. Injection à 0,7. Guérison dès le lendemain. 12e *observation*. Blennorrhagie depuis deux jours. Injection à 0,6. Augmentation de l'écoulement. Le malade a mélangé d'eau ordinaire le liquide de

l'injection. Injection à 0,7. Le lendemain, léger écoulement. Le jour suivant, même injection. Guérison dès le lendemain. — *Résumé des cas dans lesquels ont été employées les injections caustiques-abortives.* — La seconde catégorie comprend neuf cas d'*injections caustiques pratiquées à toutes les périodes de l'uréthrite ou résolutives.* 13e *observation.* Uréthrite depuis cinq semaines; recrudescence depuis sept jours; une injection à 0,7. Vives souffrances. Guérison dès le jour suivant. 14e *observation.* Blennorrhagie depuis neuf jours. Injection à 0,8, qui diminue la douleur et l'écoulement. Le lendemain, même injection. L'écoulement reparaît après avoir cessé pendant un jour. Troisième injection. Le lendemain léger suintement qui cède aux injections saturnines, après trois jours. 15e *observation.* Blennorrhagie depuis six mois, compliquée primitivement d'un chancre sur le gland. Injections à petites doses de 0,02 à 0,06, plusieurs fois interrompues à cause de la vive irritation qu'elles produisent. Cessation de l'écoulement, mais il reste une douleur vive dans l'urèthre, à la miction. Injection à 0,7. Violente uréthrite guérie en douze heures. Cessation de la douleur. 16e *observation.* Même sujet. Nouvelle blennorrhagie. Deux injections à 0,7. Guérison. 17e *observation.* Guérison après deux injections à 0,6, dans l'espace de deux jours, d'un écoulement datant de quinze jours. 18e *observation.* Blennorrhagie depuis cinq semaines. Deux injections, l'une à 0,6, l'autre à 0,7. Guérison dans l'espace de trois jours. Adénite inguinale droite au bout de huit jours. Elle se résout. 19e *observation.* Blennorrhagie datant de quinze jours. Quatre injections à 1 gramme. Entre la troisième et la quatrième, on fait des injections saturnines pendant trois jours. Guérison dans l'espace de neuf à dix jours. L'opinion de l'auteur est que, pourvu que le liquide soit caustique, peu importe qu'il le soit plus ou moins, car l'eschare une fois formée, met la membrane à l'abri de toute action ultérieure du caustique. — *Résumé des cas dans lesquels ont été employées les injections caustiques résolutives.* — Les observations 20e et 21e sont relatives à deux cas de blennorrhagie, datant l'une de deux ans, l'autre de treize mois; ces observations ont été communiquées à l'auteur par MM. Leriche et Gérard (de Lyon). Dans les deux cas, l'effet des injections caustiques a été pleinement avantageux. L'auteur cite une expérience faite sur lui-même, et qui prouve que l'effet de ces injections est le même sur la muqueuse uréthrale à l'état sain et à l'état de phlegmasie : inflammation plus ou moins violente; écoulement épais, abondant, qui se tarit généralement dans l'espace de douze à quinze heures. M. Debeney se demande si les blennorrhagies qui ont le plus résisté à la cautérisation n'étaient pas de nature syphilitique. Il invoque l'opinion de plusieurs auteurs, d'après lesquels l'avortement de la blennorrhagie est le moyen le plus sûr de s'opposer à l'infection, quand l'accident primitif a son siége dans l'urèthre. Il est indubitable pour lui, d'après les faits ci-dessus analysés, que les

injections caustiques sont incomparablement préférables aux résineux et aux injections de nitrate d'argent à petite dose, lesquelles occasionnent souvent de vives irritations, forcent de suspendre le traitement et de recourir aux antiphlogistiques. Quant aux rétrécissements, ils sont l'effet de la phlogose chronique; or, les injections caustiques préviennent la chronicité. Carmichaël fait pratiquer trois injections à dix heures d'intervalle. M. Debeney se contente d'une, à moins que l'écoulement ne continue ou ne se reproduise. Au début de la blennorrhagie, il peut suffire de cautériser une petite étendue du canal à partir du méat. L'injection est préférable, d'après l'auteur, à l'emploi du crayon de nitrate d'argent suivant la pratique de M. Ricord. M. Debeney n'a jamais pris la précaution de comprimer le périnée au moment de l'injection, lorsque celle-ci est faite à plein canal. Il pense qu'on pourrait appliquer avantageusement les injections caustiques au catarrhe vésical, et il termine en demandant si l'on ne serait pas fondé à établir que : « La cautérisation par le nitrate d'argent agit sur les membranes muqueuses enflammées de manière à éteindre l'inflammation et à les ramener à leur mode de vitalité normal. »

BLÉPHAROPLASTIE.—Opération pratiquée avec succès, t. LIII, p. 185 (*Voyez* Blessure à la face).

BLESSURE. — Observation de blessure par arme à feu dans le creux poplité; t. LVI, p. 295 (*Voyez* Clinique chirurgicale de Versailles).

— Blessure occasionnée par un corps étranger projeté par le choc d'un projectile de guerre, t. LIII, p. 282.

Il s'agit d'une plaie de la cuisse chez un militaire, déterminée par le fond de la bouteille à huile d'un nécessaire d'armes, débris de la giberne d'un soldat voisin frappée par un boulet. Le soldat auquel appartenait la giberne était tombé sur le coup et était mort en rendant le sang par la bouche, de sorte qu'on a supposé que la violente traction exercée sur les buffletteries par le boulet avait pu lui fracturer la cage thoracique.

— A LA FACE. — Observation de blessure à la face par un coup de pied de cheval; cicatrice difforme et éraillement considérable de la paupière; blépharoplastie pratiquée avec succès; par M. *Godard*, chirurgien-major, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles, t. LIII, p. 185.

A la suite d'un coup de pied de cheval qui avait divisé la partie moyenne du sourcil gauche, la paupière inférieure et la joue,

chez un cuirassier, la plaie s'était cicatrisée de telle sorte que l'œil était découvert dans toute sa partie inférieure; la paupière abaissée formant avec la cicatrice de la joue une espèce d'Y. On aviva les deux lèvres de la division, et la peau fut décollée en dehors de manière à pouvoir être mise en contact par glissement avec le bord interne de la plaie. La réunion fut effectuée à l'aide de quatre points de suture enchevillée, dont on seconda l'action par un bandage unissant composé de deux faisceaux de quatre fils. Un érysipèle se manifesta; mais les bords de la plaie déjà agglutinés, ne se désunirent pas. La difformité fut ainsi entièrement corrigée. En retournant à sa garnison, le sujet de l'observation, tomba de l'impériale d'une diligence sur la face, du côté opéré; il en résulta un léger renversement de la paupière inférieure en dehors : l'excision d'un lambeau longitudinal de la conjonctive et quelques cautérisations suffirent à la redresser. Suivent des réflexions du rédacteur, dans lesquelles on relève l'erreur de M. le professeur Serre, qui avance que la blépharoplastie n'était pas connue des anciens.

— DU CERVEAU. — Considérations physiologiques déduites de quelques blessures du cerveau qui tendent à faire placer la faculté du langage dans les lobes antérieurs de cet organe; par M. *Bonnafont*, chirurgien-major au 54e de ligne, t. LX, p. 210.

Deux circonstances jettent le trouble dans le diagnostic différentiel des signes fournis par les maladies des diverses parties du cerveau : si la maladie se développe lentement, les simptômes sont d'abord insensibles; plus tard, par sa propagation aux parties voisines, ils se compliquent. Il faudrait pouvoir étudier les affections des différentes parties du cerveau au moyen des vivisections. Mais il y a impossibilité, attendu qu'à l'homme seul est réservée la faculté de penser. Toutefois, les blessures auxquelles le soldat surtout est exposé peuvent remplacer les vivisections, et c'est aux chirurgiens militaires qu'il appartient de les faire servir à la solution du problème. L'auteur ne croyait pas à la possibilité de localiser les facultés de l'âme dans les diverses parties du cerveau; il y croit maintenant après les faits qu'il rapporte et dont voici le résumé. *Observation première.* Balle ayant traversé les lobes antérieurs du cerveau, d'une tempe à l'autre, en avant. Conservation de l'intelligence, de la vue et de l'ouïe; perte de l'olfaction et de la faculté d'articuler les mots. Coma. Mort au bout de dix-huit heures. *Observation deuxième.* Balle ayant pénétré à un centimètre environ en haut et en arrière de l'angle externe et supérieur de l'orbite et étant sortie à peu près à deux centimètres et demi en arrière de la bosse frontale du côté opposé. Perte de la parole; conservation de l'ouïe. Mort le lendemain. *Observation*

troisième. Perte presque complète de la parole ; tumeur osseuse ayant détruit presque tout le lobe antérieur gauche du cerveau et déprimé fortement le lobe droit. *Observation quatrième.* Perte absolue de la parole, à l'exception d'un seul mot. Atrophie des lobes antérieurs. *Observation cinquième.* Balle ayant pénétré dans le crâne à deux centimètres et demi environ au-dessus de l'oreille droite et traversé le cerveau de haut en bas et d'arrière en avant. Réponses justes aux questions qui n'exigent pas un effort de mémoire. Le blessé dit lui-même : *c'est drôle comme j'ai perdu la mémoire !* Mort le lendemain. *Sixième observation.* Eclat de rocher lancé par l'explosion d'une mine, ayant enfoncé les os de la région temporo-pariétale doite. Compression du cerveau. Perte de connaissance pendant plusieurs jours ; surdité; affaiblissement de la vue, qui revient insensiblement. Perte de la mémoire ; la surdité s'améliore sous l'influence du galvanisme, et la mémoire suit les phases de cette amélioration.

BLIDAH. — Essai historique et médical sur Blidah, t. LII, p. 164 (*Voyez* Algérie).

— Histoire médicale de Blidah, t. LVI, p. 21 (*Voyez* Algérie).

BOISSY D'ANGLAS, *intendant militaire de la première division.* — Discours prononcé à la séance solennelle de la distribution des prix (1837) à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, t. XLIII, p. 382. — Discours prononcé à la séance solennelle de la distribution des médailles, le 2 juin 1838, à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. XLIV, p. 391. — Discours prononcé à la distribution des prix à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 13 avril 1841, t. L, p. 344.

BONNAFONT, chirurgien-major au 3e régiment de lanciers (1). — Note sur quelques expériences avec l'eau hémostatique du docteur Brocchieri, faites sur les animaux et sur l'homme, t. LV, p. 217. — Considérations physiologiques déduites de quelques blessures du cerveau qui tendent à faire placer la faculté du langage dans les lobes antérieures de cet organe, t. LX, p. 210.

---

(1) Actuellement chirurgien-major de 1er classe au 54e de ligne.

BONE. — Tableau médico-topographique de Bone et de ses environs, t. LII, p. 225 (*Voyez* Algérie).

BONNET-BONNEFOY, *chirurgien aide-major au 6e régiment de lanciers* (1).—Observations relatives à l'emploi de l'eau froide dans les lésions chirurgicales des membres, t. XLII, p. 348.

BORE.—Nouveau composé de brôme et de bore, t. LX, p. 306 (*Voyez* Brome).

BOUDIER, *chirurgien aide-major au 6e régiment des chasseurs d'Afrique* (2). — (A fait un tableau médico-topographique de Bone et de ses environs, dont on a extrait des documents relatifs à l'histoire médicale de l'Algérie) t. LII, p. 225 (*Voyez* Algérie).

BOUDIN (J.-Ch.), *médecin ordinaire attaché au lazaret de Marseille* (3). — Coup-d'œil sur notre législation et sur nos institutions sanitaires, et sur les modifications dont elles sont susceptibles, spécialement dans l'intérêt de l'armée et de nos rapports avec l'Algérie, t. XLVII, p. 239.

BOUILLAUD, *professeur de la Faculté de Médecine de Paris.* — Discours prononcé le 21 août 1841, à l'inauguration de la statue de F.-J.-V. Broussais, t. LI, p. 336.

BRAULT, *pharmacien en chef, premier professeur à l'hôpital militaire de perfecionnement* (4). — Discours prononcé le 2 juin 1838, à la séance solennelle de la distribution des médailles, au Val-de-Grâce, t. XLIV, p. 395. — Discours prononcé le 10 décembre 1839, aux obsèques de M. Fauché, t. XLVII, p. 399.

---

(1) Actuellement chirurgien-major de 2e classe, au 56e de ligne.

(2) En ce moment chirurgien aide-major de 1er classe, à l'hôpital militaire de Strasbourg.

(3) Aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

(4) Actuellement pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

BRAVET (le docteur), *médecin civil chargé du service médical de la garnison du fort Barreaux.* — Rapport sur l'état sanitaire de la garnison du fort Barreaux (Isère), t. LIII, p. 168.

BRÉE, *chirurgien principal d'armée, ex-chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Oran* (1). — Observation d'hydrocèle. Deux récidives à la suite de l'opération par injection; teinture d'iode appliquée sur le scrotum. Guérison, t. LIII, p. 208.

BROMATE d'ammoniaque, t. LX, p. 306 (*Voyez* BROME).

BROME. — Nouveau composé de brome et de bore ou acide bromoborique et bromoborate d'ammoniaque; par M. *Poggiale*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, t. LX, p. 306.

L'analogie du brome et du chlore, et la découverte de l'acide chloroborique et du bromure de silicium ont fait supposer qu'on pourrait produire une combinaison de brome et de bore analogue au composé de chlore et de bore obtenu par MM. Berzélius et Dumas. L'auteur a préparé ce gaz en faisant arriver des vapeurs de brome pur dans un mélange d'acide borique nitrifié et de charbon chauffé au rouge. Description de l'appareil et détail des précautions à prendre pour obtenir l'acide bromoborique. Ce gaz contient de l'oxyde decarbone. Expériences faites sous l'eau tendant à démontrer le rapport proportionnel du gaz soluble à l'oxyde de carbone. Tentatives pour obtenir l'acide bromoborique pur au moyen des vapeurs de brome sur le borure de fer. Examen à cette occasion du produit de l'action de l'hydrogène sur le borate de fer. Caractères et composition de l'acide bromoborique.

Bromoborate d'ammoniaque. Un volume d'acide bromoborique et un volume et demi de gaz ammoniac forment un sel soluble dans l'eau, qui le décompose en bromhydrate et borate d'ammoniaque.

BRONCHOTOMIE. — T. LI, p. 251 (*Voyez* LARYNGITE STRIDULEUSE).

BROUSSAIS (CASIMIR), *médecin ordinaire, professeur*

---

(1). En ce moment chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Perpignan.

à l'hôpital militaire de Perfectionnement (1). — Observation d'abcès à la superficie du cerveau, avec dépression partielle de cet organe; symptômes d'inflammation et de compression; puis disparition de ces symptômes, commencement de convalescence; retour du coma et mort, t. XLIX, p. 186. — Observation de mort subite par apoplexie pulmonaire, t. L, p. 92. — Discours prononcé le 24 septembre 1842, à la distribution des prix du Val-de-Grâce, t. LIII, p. 323. — Histoire des méningites cérébro-spinales qui ont régné épidémiquement dans différentes garnisons de France, depuis 1837 jusqu'en 1842, d'après les documents recueillis par le Conseil de Santé des armées, t. LIV, p. 1. — Réflexions sur les abcès du foie, t. LV, p. 144.—Discours prononcé sur la tombe de M. Antonini, médecin en chef de l'armée d'Afrique, t. LIX, p. 402. — Notice sur le climat et les maladies de l'Algérie, et compte-rendu des maladies traitées à l'hôpital de la Salpétrière à Alger, pendant l'année 1845, t. LX, p. 1.

— (François), *médecin en chef de l'hôpital militaire de Dunkerque* (2). — Dissertation sur l'étiologie du mal de mer, t. XLIX, p. 81.

— (F.-J.-V.), *membre du Conseil de Santé des armées, etc.* — Discours prononcé aux obsèques de M. le baron Desgenettes, t. XLII, p. 1. — Son éloge prononcé par M. Michel Lévy, le 8 avril 1839, à la distribution solennelle des prix à l'hôpital militaire de Perfectionnement, t. XLVI, p. 363. — Compte-rendu de l'inauguration de sa statue, LI, p. 316.

BRUGUIÈRE, *médecin ordinaire de deuxième classe en Algérie.* — Notice sur la topographie de la ville de Milianah, t. LVI, p. 143.

---

(1) Décédé en 1847.

(2) Actuellement médecin principal de 1re classe, en Algérie.

C

CALCUL SALIVAIRE. — Analyse chimique de deux calculs salivaires; par M. le docteur *Poggiale*, pharmacien-aide-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, t. XLVII, p. 369.

L'auteur rappelle les travaux faits antérieurement sur les calculs salivaires de l'homme et des animaux, par Laugier, Vauquelin, MM. Caventou, Henry et Lassaigne. — Deux calculs salivaires humains ont été analysés par M. Poggiale.

I. *Calcul salivaire trouvé dans le canal de Warthon du côté gauche.* De la grosseur et de la forme d'un haricot, dur, du poids de 9 décigrammes, à surface mamelonnée. L'analyse a démontré qu'il était composé de phosphate neutre de chaux, 0,94, de matière animale, 0,04 et d'eau 0,02. Cette composition rapproche beaucoup les calculs salivaires des incrustations qui se déposent sur les dents; mais elle diffère notablement de celle des calculs salivaires des animaux, dans lesquels domine le carbonate de chaux. — Présence du phosphate de chaux dans la salive, expliquée par deux hypothèses.

II. *Calcul salivaire trouvé dans la glande sous-maxillaire gauche.* Du poids de 85 centigrammes, de la grosseur du noyau d'une amande, de couleur jaunâtre et d'aspect mamelonné. Ce calcul ressemble au premier par sa composition chimique.

— URINAIRE. — Calcul urinaire multiple, du poids de 50 grammes, extrait du prépuce d'un jeune Arabe, âgé de 7 à 8 ans; par M. *Philippe*, chirurgien en chef de l'hôpital de la Salpétrière et de l'ambulance active de la division d'Alger, t. LV, p. 226.

Le sujet n'avait pas été circoncis parce que à l'âge de quatre ans, auquel, dans sa tribu, on pratique la circoncision, la partie était déjà malade ; d'où il suit qu'à l'époque de l'opération, l'affection devait dater d'au moins cinq ans. Les concrétions s'étaient formées dans le prépuce par suite de la rétention d'une partie de l'urine expulsée de la vessie, l'ouverture préputiale étant très-étroite (phimosis naturel). Au moment où le jeune malade fut présenté à M. Philippe, il y avait rétention d'urine. Le prépuce fut incisé, puis on pratiqua la circoncision ; il y avait sept pierres se correspondant par des facettes, plus deux petits calculs lenticulaires. On fit le pansement ordinaire, et on mit dans la vessie une sonde à demeure fermée par un fausset en bois, afin d'éviter la souillure des pièces de pansement par l'urine. La plaie était en voie de cicatrisation lorsque l'enfant partit pour sa tribu.

CAMBAY, *médecin ordinaire, et médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen.* — Topographie physique et médicale du territoire de Tlemcen, et compte-rendu des maladies qui ont été traitées à l'hôpital militaire de cette ville pendant l'année 1842, dans le service des fiévreux, t. LVII, p. 1.

CANCER FONGUEUX.—Observation de cancer fongueux du globe oculaire; extirpation; guérison; par M. le docteur *Deleau*, chirurgien-major au 7e régiment de cuirassiers, t. XLVII, p: 298.

Coup violent au côté gauche de la tête chez une femme âgée de 34 ans. L'œil de ce côté devient douloureux; la vue se perd; il se tuméfie, surtout après l'accouchement (la femme était grosse de cinq mois lors de l'accident). La tumeur a deux fois le volume d'un œuf; elle est d'un noir violet. Des élancements s'y font sentir. La malade est prise d'étourdissements quand elle baisse la tête, et il lui semble que la tumeur, bien que maintenue par une bande, va s'échapper. M. Clever se décide à extirper le globe oculaire, qui est fixé à l'aide de la bourse de Bartisch. Quarante jours après l'opération, le rétablissement était parfait. La tumeur (c'est-à-dire le globe oculaire très-amplifié) est composé d'une substance spongieuse noir violet; l'auteur croit pouvoir la ranger dans les cancers fongueux ou hématodes.

CANDIDATS COURONNÉS. — (*Voyez* HOPITAUX militaires d'instruction).

CAPRON (Charles-César-Achille), chirurgien-major au 10e régiment de chasseurs. — Observation de carie syphilitique des os propres du nez, t. LVIII, p. 244.

CARDITE AIGUE. — Note sur une observation de cardite aiguë; par M. le docteur *Cazeneuve*, chirurgien aide-major au 14e régiment d'infanterie de ligne, t. XLVII, p. 145.

Il a été difficile d'isoler les lésions des divers tissus du cœur. Corvisard disait que l'inflammation de cet organe intéresse d'une manière *aussi marquée* les tissus cellulaire, musculaire, séreux et vasculaire. Kreylig, Broussais, Laënnec, ont, les premiers, étudié isolément l'inflammation du péricarde, de l'endocarde, du *sarcocarde*. L'anatomie pathologique a plus gagné à cette distinction que la symptomatologie. Les travaux de M. Bouillaud et de quelques autres médecins n'ont pas encore fait distinguer positivement

les symptômes de la cardite de ceux de l'endocardite. — L'inflammation générale du parenchyme du cœur est très-rare ; l'inflammation partielle, au contraire, est assez fréquente. Benevius en a observé les premiers exemples. Les observations de cardite aiguë constatent presque toutes des complications d'endocardite ou de phlegmasie des organes pulmonaires ; cependant quelques cas, et particulièrement l'observation de M. Casimir Broussais et la suivante, portent à croire que la cardite partielle peut exister sans complication.

Cardite aiguë; mort. Ramollissement; abcès et apoplexie de la partie supérieure de la cloison interventriculaire. Un soldat jeune, d'une forte constitution, *n'ayant jamais eu de rhumatisme*, adonné aux boissons alcooliques, s'enivre le 22 avril 1835. Les jours suivants, douleur à l'épigastre, s'irradiant vers le cœur ; malaise général ; céphalalgie. Il entre au Val-de Grâce, le 27, présentant les symptômes d'une légère bronchite ; pouls fréquent, très-développé. Du 29 avril au 1er mai, mouvement fébrile plus intense; face pâle; toux peu fréquente et sans expectoration (Application de sangsues à l'épigastre, saignée de 460 grammes). Le 2, pouls roide (144 pulsations), mouvements de retrait de l'artère peu sensibles ; les artères carotides et temporales battent avec force; le choc du cœur est difficilement perçu. Son mat à la région précordiale ; bruit de soufflet très-intense. Dyspnée ; voix rauque ; râle sous-crépitant. Décubitus horizontal très-pénible ; syncopes fréquentes. Fâce pâle (30 sangsues à la région précordiale; poudre de digitale ; sirop de pointes d'asperges). Le 3, 136 pulsations. Râle sous-crépitant très-marqué ; difficulté de la pénétration de l'air dans le poumon gauche ; en arrière, légère infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Le malade ne peut rester couché. La dyspnée augmente. Nuit fort pénible. Le 4, pouls roide, mais régulier. Bruit de soufflet très-intense dans le cœur. L'infiltration a augmenté. Dans la soirée le malade se promène au jardin, il demande le grand air. Vers minnit, dyspnée très-grande, menace de suffocation. Intelligence intacte. Les symptômes s'aggravent. Mort à 4 heures du matin.

Autopsie. Appareil respiratoire. La membrane muqueuse laryngo-bronchique est injectée. Engouement du poumon gauche ; le poumon droit est moins œdémateux que son congénère. Adhérences celluleuses des plèvres au côté gauche. — *Appareil circulatoire.* Sérosité dans le péricarde. Le cœur est volumineux, arrondi; ses cavités sont distendues par des concrétions fibrineuses. Hypertrophie des ventricules. Des valvules aortiques, la postérieure est saine; les deux autres, dures, sont incrustées de végétations nombreuses, résultat d'une irritation chronique. Un peu au-dessous de l'une de ces valvules, et dans le tissu musculaire, existe un épanchement de sang noir coagulé, du volume et de la forme d'une noisette. A la partie supérieure de la cloison interventriculaire existe une cavité du volume d'un haricot,

remplie de pus bien lié, à parois inégales, ramollies, d'un blanc jaunâtre. La déchirure du tissu musculaire présente, dans ce point, une espèce de granulation. Un stylet, poussé dans l'abcès, communique facilement dans le foyer apoplectique déjà durci. — *Appareil digestif.* La membrane muqueuse de l'estomac est un peu ramollie vers la grande courbure.

Les raisonnements de l'auteur, dans les quatre paragraphes placés à la suite de cette observation de cardite, l'ont amené à établir que la maladie a commencé par une inflammation qui a déterminé le ramollissement, la suppuration du parenchyme du cœur et favorisé un épanchement sanguin. Dans presque tous les faits de cardite aiguë, on trouve comme complication l'endocardite, la péricardite ou une phlegmasie des organes pulmonaires. Le cas dont il s'agit offre un exemple d'inflammation isolée du parenchyme du cœur.

CARIE. — Observation de carie du corps de l'axis; fracture de l'apophyse; luxation de l'atlas en avant, et compression de la moelle; mort instantanée; recueillie dans le service de M. Soudan, à l'hôpital de Perfectionnement; par M. *A. Durand*, chirurgien-sous-aide à cet établissement, t. XLV, p. 336.

Un jeune homme était entré à l'hôpital pour des douleurs à la partie supérieure de la nuque, presque nulles dans l'immobilité de la région cervicale, mais assez vives pendant les mouvements pour les empêcher. Il n'y avait pas d'autres symptômes. Le malade en était venu à soutenir sa tête avec les deux mains pendant les mouvements du tronc. Un jour, ayant voulu fléchir la tête, celle-ci tomba lourdement sur la poitrine; il poussa quelques gémissements sourds et mourut. La tête était tellement mobile qu'on pouvait porter le plan de la face presque en arrière. La tête et l'atlas étaient en rapport normal l'un avec l'autre, mais fortement déjetés en avant par rapport à l'axis. On voyait un foyer purulent, contenant environ trois cuillerées de pus, au-devant des quatre premières vertèbres cervicales. L'apophyse odontoïde, cariée, était fracturée à sa base, réduite au volume d'un gros pois, maintenue par une partie de ses ligaments restés intacts; les autres étaient détruits ou réduits en une pulpe rougeâtre. C'est la fracture de l'apophyse odontoïde, à l'occasion d'un mouvement de flexion de la tête, qui avait amené la luxation et la mort. Le corps de l'axis était vermoulu. La carie s'étendait à l'atlas. Des esquilles se trouvaient dans le foyer. Les articulations des apophyses articulaires des quatre premières vertèbres cervicales étaient altérées.

—SCROFULEUSE. — Considérations sur plusieurs cas

de carie scrofuleuse ; par M. *Chambolle*, chirurgien principal, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Saint-Denis, t. LVII, p. 198.

L'auteur a été frappé du grand nombre de caries scrofuleuses. Il examine rapidement l'influence de l'habitation, des professions antérieurement à l'entrée au service, du lieu de naissance, et de la date de l'entrée au service. Il conclut de cet examen que des hommes prédisposés à la maladie par une constitution lymphatique congéniale ou acquise, ont rencontré dans des habitations froides et humides une cause occasionnelle qui l'a déterminée. La marche de l'affection, dans ces dix-neuf cas, a varié. Les douleurs, le plus souvent, ont été presque nulles. Il n'en a pas été de même dans un cas de carie aiguë de la clavicule. Des dix-neuf malades douze sont morts, cinq ont été réformés, un a été envoyé aux eaux thermales. Un seul est sorti par billet; encore sa guérison n'est-elle pas solide. Dans trois de ces cas, on a vu se produire l'infection purulente : l'un des malades aurait résisté à ce terrible accident; mais ce ne serait pas trop d'une observation très-détaillée pour que l'on fut autorisé à admettre une pareille terminaison. Le traitement employé par M. Chambolle consiste dans les toniques, les ferrugineux, l'iode à l'intérieur, l'iode encore à l'extérieur et les révulsifs quand l'inflammation a cédé aux moyens appropriés. Parmi les révulsifs il emploie surtout les vésicatoires et les cautères. Il répugne d'ailleurs à l'usage de moyens très-douloureux sans efficacité probable. Il a quelquefois recouru à l'ablation de la partie, mais toujours sans succès définitif. Cette note se termine par le tableau des dix-neuf cas et l'indication du siége de la carie dans chacun d'eux.

— Observation de carie des os du pied, suite d'entorse chronique, t. LVI, p. 200. (*Voyez* CLINIQUE CHIRURGICALE DU VAL-DE-GRACE).

— SYPHILITIQUE, t. LVIII, p. 224. (*Voyez* CHIRURGIE)

— Cas de carie très-vraisemblablement déterminée par la pression du soulier, t. LVIII, p. 246. — (*Voyez* CHIRURGIE).

— Carie sterno-costale, t. LVIII, p. 269. (*Voyez* CHIRURGIE).

CATHÉTÉRISME FORCÉ. — Observations sur le cathétérisme forcé; par M. *A.-E. Salleron*, D. M. chirurgien-aide-major au 32e de ligne, t. XLIV, p. 338.

Première observation. — Retrécissement de l'urètre, cathétérisme forcé, guérison.

Un officier qui avait un rétrécissement de l'urèthre depuis 1813, fut traité en 1834 par la cautérisation ; la dernière cautérition, qui était la treizième, fut suivie d'une hémorrhagie qui ne s'arrêta que lorsque le malade fut exsangué. M. Mayor, alors à Paris, proposa la cathétérisation forcée. On introduisit d'abord la sonde en étain n° 1, puis le n° 2. En peu de jours les urines coulèrent à plein canal. Seize mois après, la guérison s'était maintenue. Un écoulement mucoso-purulent qui avait lieu par l'urèthre avant la dilatation forcée fut supprimé définitivement.

Deuxième observation. — Retrécissement de l'urètre, cathétérisme forcé, guérison.

Dans ce second cas, la cautérisation avait été employée aussi sans avantage. On introduisit le n° 1, puis le n° 2, et le cours des urines fut rapidement rétabli. On essaya le n° 3, mais il fallut y renoncer au plus vite à cause de l'irritation qui s'en suivit. Le sujet de l'observation sortit guéri un mois environ après le commencement du traitement par la dilatation forcée. Le résultat s'est-il maintenu ?

Troisième observation. — Rétrécissement de l'urètre ; cathétérisme forcé, guérison.

Le résultat fut le même chez le sujet de cette troisième observation, qui avait aussi été cautérisé sans succès. Il supporta bien le n° 3 après les n°s 1 et 2. Environ un an après le traitement, la guérison ne s'était pas démentie, bien qu'il eût renoncé à l'usage des sondes.

Quatrième observation. — Rétrécissement de l'urètre, cathéterisme forcé, guérison.

A la suite de plusieurs uréthrites, un homme fut atteint d'un rétrécissement qui depuis seize ans avait été traité à diverses reprises tant par la cautérisation que par la dilatation. On introduisit le n° 1, qui resta engagé dans le rétrécissement et donna lieu à un écoulement de pus, A une seconde tentative l'instrument pénétra plus avant, mais l'hémorrhagie se renouvela. Le chirurgien fit faire une sonde *pleine* n° 1, et traversa le rétrécissement. Il sortit quelques caillots sanguin quand on l'eut retirée. On introduisit successivement les n°s 2 et 3. Il sortait encore du sang à chaque cathétérisme. Le cours de l'urine se rétablit, et un écoulement purulent cessa. Mais l'observation ne s'étend pas

au-delà du troisième mois après le commencement du traitement.

Cinquième observation. — Rétrécissement de l'urètre, cathétérisme forcé, guérison.

Cette observation est relative à un officier affecté d'un rétrécissement de l'urèthre qui avait déjà été traité par la cautérisation et la dilatation. Le malade se traita lui-même par la méthode de Mayor. Après la première introduction de la sonde n° 1, le sang coula assez abondamment pour remplir un verre à bière. Il en coula moins au second cathétérisme; il n'en coula plus au troisième. Les n°s 2 et 3 furent introduits ensuite. Le traitement avait commencé le 18 juillet; le 8 octobre le cours des urines était rétabli, et un écoulement purulent avait presque cessé. Chose bien remarquable, avant l'emploi des grosses sondes le malade souffrait dans le canal quand il allait tomber de la pluie. On ne peut pas considérer cette observation comme terminée.

Ces observations sont suivies de réflexions dans lesquelles la méthode de Mayor est judicieusement appréciée. L'auteur prend position entre ceux qui ont rejeté cette méthode et ceux qui en ont exagéré les avantages. Il discute ces deux propositions de M. Mayor : « Plus le rétrécissement est prononcé et opiniâtre, plus j'ai soin de m'armer d'un cathéter de plus en plus volumineux. Je m'autorise précisément de ce volume de plus en plus considérable (le volume des sondes), pour graduer de même mes efforts et les rendre de plus en plus inoffensifs, quoique toujours plus énergiques. » Il montre l'exagération de ces propositions, et comment l'hémorrhagie, la contusion, l'infiltration urineuse, les abcès dans l'épaisseur du canal, outre les douleurs excessives, peuvent suivre leur application. Il pense que si la sonde du numéro le plus inférieur ne peut traverser le rétrécissement, on doit se contenter de l'y engager, et d'ajourner l'opération plutôt que de passer tout de suite au numéro suivant. Il faut aller progressivement, dit-il, et combattre l'irritatiou si elle survient. Il regarde comme inutile de chercher à donner au canal une largeur plus grande que celle qu'il avait avant la maladie; il suffit de le *recalibrer*. L'usage des sondes doit être continué longtemps après la guérison, pour prévenir les récidives. Les sondes pleines sont préférables, suivant lui, aux sondes creuses, les tissus tendant plus ou moins à s'introduire dans les yeux de ces dernières. Ce cathétérisme forcé n'est pas exempt d'inconvénients, de dangers même, dit-il, mais sagement appliqué, il formera le traitement général des rétrécissements de l'urèthre. C'est à tort, dit-il aussi, qu'on a voulu dépouiller Mayor de son invention. On savait avant lui que le cathétérisme, à l'état normal, est plus facile avec une grosse sonde qu'avec une petite; mais c'est lui qui, le premier, a fait

l'application de ce principe au traitement de rétrécissements. Enfin il accorde beaucoup de confiance à la cautérisation; il croit bien qu'elle précède la dilatation forcée; mais, à son avis, la dilatation simple a fait son temps.

CATTELOUP, *médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Tlemcen.* — Observations de dysenterie aiguë avec détachement de la membrane muqueuse du gros intestin, t, LVII, p. 66. — Mémoire sur la coïncidence de l'hépatite et des abcès du foie avec la diarrhée et la dysenterie, endémiques dans la province d'Oran, t. LVIII, p. 27.

CAZALAS, *médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Lyon* (1).—Observation de diarrhée peu intense pendant quatre mois. Invasion brusque des symptômes qui caractérisent la dysenterie aiguë. Emphysème du tissu interlobulaire des poumons et du tissu cellulaire d'une grande partie du corps. Délire et quelques mouvements spasmodiques vers les derniers jours. Mort. t. LI, p. 198.

CAZENEUVE, *chirurgien-aide-major au 14e de ligne*(2). — Observations sur la coïncidence du rhumatisme articulaire avec la péritonite et l'endocardite, suivies de quelques réflexions sur les adhérences du péricarde, et sur la nature du rhumatisme articulaire, t. XLV, p. 183. — Observations suivies de réflexions sur l'utilité du mercure dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis, t. XLVII, p. 110.— Note sur une observation de cardite aiguë, *ib.*, p. 145. — Compte-rendu des maladies traitées à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, pendant le dernier trimestre de 1842, t. LV, p, 156.

CERVEAU. — Abcès à la superficie du cerveau avec dépression partielle de cet organe, t. XLIX, p. 186. (*Voyez* ABCÈS).

---

(1) En ce moment médecin ordinaire de deuxième classe; professeur à l'hôpital de Metz.

(2) Actuellement médecin ordinaire de deuxième classe; professeur à l'hôpital de Lille.

CERVEAU. — Considérations physiologiques déduites de quelques blessures du cerveau, t. LX, p. 210, (*Voyez* BLESSURES DU CERVEAU).

CHAMBERT (Henri), *chirurgien-élève, préparateur de chimie à l'hôpital militaire du Val-de-Grace* (1). — Recherches sur les sels et la densité des urines chez l'homme sain, t. LVIII, p. 328.

CHAMBOLLE, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Dunkerque* (2). — Observations recueillies à l'hôpital militaire de Dunkerque, t. LIV, p. 247. — Considérations sur plusieurs cas de carie scrofuleuse, t. LVII, p. 198.

CHAMPIGNON. — Lettre de M. *Ad. Steinheil*, chirurgien-sous-aide à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à M. le Dr. Jacob, un des rédacteurs des mémoires de médecine, etc., concernant le champignon dans lequel l'analyse a démontré la présence de l'acide oxalique, t. XLIV, p. 387.

Le champignon, qui fait le sujet du travail de M. Tripier, a été récolté sur un vieux poirier, aux environs d'Offwiller (Bas-Rhin), le 3 juillet 1837, au commencement d'une excursion botanique qui a duré quinze jours. A demi dévoré par des larves, brisé au retour de l'herborisation, il ne fut pas rigoureusement déterminé avant d'être remis à M. Tripier. Toutefois, d'après les caractères qu'il avait présentés, l'auteur de la lettre se croit autorisé à penser, sans trop risquer de se tromper, que ce champignon doit être rapporté au *boletus sulphureus* de Bulliard (*Champ. de Fr.*, pl. 429). Une observation, communiquée à la Société Linnéenne de Londres, d'après laquelle la substance cristalline de cette espèce avait déjà présenté de l'acide oxalique libre à l'analyse, vient appuyer la certitude de cette détermination.

CHAMPIGNONS. — Note sur la présence de l'acide oxalique dans les champignons; par M. *F. M. Tripier*, chirurgien-sous-aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, t. XLIV, p. 380.

---

(1) Aujourd'hui chirurgien sous-aide-major au Gros-Caillou.

(2) Actuellement chirurgien principal à l'État-major de la première division.

Considération sur l'acide oxalique, sur sa formation et sur les végétaux qui en contiennent. — Un bolet non déterminé, récolté par M. Steinheil dans une herborisation, fut remis à M. Tripier. La chair de ce champignon était blanche et friable, son odeur forte, sa saveur acide, un peu sucrée; il bleuissait légèrement par la teinture d'iode. Cette coloration paraissait due à de petits points blancs qui se détachaient sur une surface jaunie, et ne se manifestait que dans le cas de contact avec la solution d'iode. — L'analyse a démontré dans la composition de ce champignon: 1° de la gomme; 2° de l'albumine; 3° du sucre incristallisable; 4° de l'acide oxalique libre; 5° de l'oxalate acide de potasse; 6° des oxalates acides de fer, de manganèse et de magnésie; 7° de la fécule; 8° une matière grasse; 9° de la chaux. — Purification et cristallisation de l'acide oxalique. Essais propres à en faire reconnaître les caractères.

CHARGE QUE PORTENT LES TROUPES EN ROUTE. — *Mémoire sur la charge que portent les troupes en route;* par M. *Gilgencrantz*, chirurgien-aide-major au 3e régiment du génie, t. XLV, p. 166.

Ce travail a surtout pour objet le parallèle de la charge du soldat de la ligne et de celle du soldat du génie. La première est de 37 livres pour les fusiliers, de 43 pour les grenadiers; la seconde est de 50. Aussi un bataillon de la ligne parcourt 4000 mètres en 45 à 48 minutes, tandis qu'il en faut 48 à 50 à un bataillon du génie. En outre, beaucoup plus d'hommes, dans le génie, mettent leur sac à la voiture ou y montent eux-mêmes; le nombre de ceux qui ont un gonflement des jambes et des chevilles est considérable. Cet excès de la charge du soldat du génie n'est pas justifié par la force de sa constitution: d'une part, en effet, il est loin de réunir toujours les conditions physiques exigées; de l'autre, la circulation et la respiration sont aussi gênées par le faix chez l'homme robuste que chez l'homme de constitution moyenne, et les surfaces des articulations tibio-tarsiennes auxquelles, en définitive, est transmis le poids des fardeaux, ne varient pas du tout suivant la taille et la force musculaire des sujets. En somme, il n'y a pas de raison pour charger le soldat du génie plus que le grenadier de la ligne. L'auteur croit qu'il y a eu exagération dans l'évaluation du poids porté par les soldats romains et des distances qu'ils pouvaient franchir; il cite des passages à l'appui de son opinion. Il croit que les Romains n'étaient pas plus forts que nous; les méridionaux, dit-il, le cèdent aux hommes du nord pour le déploiement de forces *au-dessus de la moyenne*, et l'alimentation des Romains était surtout végétale, moins fortifiante que la nôtre. Il conclut à la diminution de la charge des soldats du génie, qui serait en même temps rendue moins gênante, et à la nécessité de veiller rigoureusement à n'admettre dans le génie que

des hommes aptes à cette arme. Il indique un certain nombre de mesures propres à amener ces résultats.

CHIRURGIE. — Rapport chirurgical sur l'expédition du passage aux Portes-de-fer, en octobre 1839; par M. *Guyon*, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, t. XLVII, p. 272.

Cette expédition donna peu de blessés. Le seul cas qui ait offert de l'intérêt fut celui d'un cavalier qui, frappé d'un coup de feu à la partie antérieure de la cuisse, *sans autre blessure*, s'affaissa sur son cheval, puis tomba à terre sans mouvement et sans vie. Le fémur était fracturé. Pas une goutte de sang n'avait été perdue; aucune lésion n'existait à la tête ni dans le pourtour de la poitrine. Il est à regretter que ce fait manque de détails, de manière qu'on hésite à l'accepter tel qu'il vient d'être rappelé.

CHIRURGIE. — Observations de Chirurgie; par M. *H. Gama*, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, t. LI, p. 215.

Première observation. — Luxation de l'articulation scapulo-humérale du côté gauche.

Un soldat poursuivi par un de ses camarades, fit une chute sur la tubérosité interne de l'humérus, le bras étant écarté du tronc. Il s'en suivit une luxation de la tête de l'humérus dans l'aisselle. On procéda à la réduction de la manière suivante: Le blessé fut maintenu assis sur une chaise par un de ses camarades. Un autre tirait sur le bras. Le chirurgien plaça sous le bras luxé, au niveau des attaches des muscles grand dorsal et grand pectoral, un mouchoir qu'il noua derrière son cou. Cela fait, les deux pouces furent appliqués sur l'acromion, et les doigts des deux mains portés dans le creux de l'aisselle, de manière à appuyer sur la tête de l'humérus, au moment où l'extension étant suffisante, le bras aurait été abaissé, en même temps que le chirurgien aurait soulevé l'extrémité de l'os à l'aide du mouchoir. Ces mouvements furent combinés ainsi, et l'os rentra aussitôt dans sa cavité. L'auteur de l'observation fait l'éloge de ce procédé qui n'est autre que celui de la serviette, et cite un cas dans lequel le baron Larrey y eut recours avec un prompt succès, après deux tentatives de réduction par le procédé ordinaire.

Deuxième observation. — Section du tendon d'Achille, t. LI, p. 220.

Un jeune homme eut le tendon d'Achille gauche entièrement

divisé par un coup de faulx. Les deux bouts étaient écartés l'un de l'autre de deux travers de doigt. De plus, le supérieur, dans l'extension du pied sur la jambe, se portait en avant, et l'inférieur en arrière. Après avoir réuni la plaie par première intention, on appliqua de chaque côté du bout supérieur du tendon, une compresse graduée assez forte pour le forcer à se porter en arrière, dans la direction du bout inférieur. Les compresses furent maintenues au moyen de tours de bande s'étendant du coude-pied à la partie supérienre de la jambe, afin de s'opposer à la contraction spasmodique des muscles du mollet, et remplaçant ainsi la guêtre lacée de Monro. On fit avec une botte une sorte de pantoufle au talon de laquelle on cousut une forte lanière en cuir, qui vint se fixer au bourrelet fémoral d'une genouillière, garnie à cet effet d'une boule, tandis que le second bourrelet (tibial) présentait un coulant pour le passage de la lanière. De cette manière, le pied fut maintenu dans l'extension sur la jambe, et celle-ci dans la flexion sur la cuisse. Le blessé se promena avec des béquilles, la jambe soutenue par une large bande fixée sur l'épaule droite. Deux mois après la blessure, le sujet de l'observation put marcher avec un bâton. Le tissu intermédiaire au bout du tendon, acquit progressivement jusqu'au deuxième mois plus d'épaisseur et de consistance, ce qui, d'après l'auteur, serait en contradiction avec l'opinion généralement reçue, du moins quant à l'épaisseur, qui est censée, au contraire, diminuer avec le temps. Dans les remarques qui suivent le récit de ce fait pathologique, l'auteur examine divers points relatifs à la cicatrisation des plaies tendineuses. Il commence par rappeler la différence qui existe au point de vue de l'intégrité des mouvements après la cicatrisation, entre les divisions tendineuses sans plaie extérieure et celles avec plaie; d'où résulte la nécessité impérieuse de réunir immédiatement celle-ci en même temps que l'on affronte les bouts du tendon. Il signale comme pouvant être déduite des opérations de ténotomie, la rapidité avec laquelle les tendons se cicatrisent, d'où il suit, dit-il, qu'il y a peut-être excès de précaution dans la durée du maintien des appareils à la suite des divisions tendineuses. Enfin, il oppose à la théorie de J.-L. Petit, sur le mécanisme de la cicatrisation de ces plaies la théorie de M. Bouvier.

Dans la première, on n'admet pas l'exsudation de la lymphe plastique entre les bouts du tendon; dans la seconde on admet que c'est la gaîne celluleuse qui s'épaissit et se transforme. Les tendons contenus dans des gaînes celluleuses, conservent leurs fonctions après la cicatrisation, tandis que ceux qui sont renfermés dans des gaînes fibreuses attachés aux os, perdent leur mobilité par suite de leur adhérence à ces gaînes.

Troisième observation. — Abcès situé dans la trachée artère, *ib* p. 232.

Un homme éprouve de la céphalalgie ; sa voix est voilée ; il souffre de la gorge; la fièvre s'allume. Puis on note un peu de suffocation, l'aphonie, la dysphagie, et bientôt un délire tranquille dans lequel le malade semble étranger à ce qui se passe autour de lui. Au bout de quelques jours, le malade ressent des picotements *dans la trachée* (dit l'auteur), et il crache du pus mêlé à du mucus. L'évacuation du pus augmente considérablement; ce liquide exhale une odeur forte, gangréneuse. La déglutition des liquides est impossible ; la boisson est aussitôt rejetée en partie par les narines ; il semble au malade qu'une poche se distend dans sa gorge dès qu'il cherche à boire. Cet état pénible dura 8 jours. Le traitement fut déplétif et révulsif. On prescrivit des fumigations émollientes qui soulagèrent beaucoup le malade. Après quelques autres phénomènes morbides (névralgie cervicale, puis trifaciale), la guérison eut lieu. On se convaincra facilement par la lecture de ce résumé de l'observation, qu'il est loin d'être certain qu'il s'agit là d'un *abcès de la trachée*. Les symptômes semblent se rapporter plutôt à un phlegmon suppuré du tissu cellulaire environnant.

CHIRURGIE. — Observations de chirurgie ; par M. *Fenin*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Cambrai, t. LV, p. 233.

I. Coup de feu ayant fracturé l'apophyse styloïde du cubitus, et traversé les os du carpe de la main droite. Guérison.

L'extrémité inférieure du radius fut réséquée. Il se manifesta un violent engorgement inflammatoire qui nécessita l'emploi énergique des antiphlogistiques; des collections purulentes se formèrent, et l'on dut pratiquer successivement deux incisions, l'une sur le dos de la main et du poignet, l'autre à la face antérieure et inférieure de l'avant-bras. La blessure avait été faite le 5 février; à la fin de mars suivant, les plaies étaient cicatrisées.

II. Plaies par instrument tranchant à la main droite et au coude gauche, avec section complète du nerf cubital ; coup de feu à la région lombaire. Guérison, *ib.*, p. 235.

Le blessé avait reçu, sur le dos de la main droite, trois coups de yatagan, dont un avait ouvert la troisième articulation métacarpo-phalangienne. La plaie du coude laissait voir les bouts du nerf cubital divisé; la peau du petit doigt et du bord interne de l'annulaire était privée de sensibilité. On affronta les bords des plaies ; celle du coude se réunit par première intention, et la sensibilité se

rétablit dans le petit doigt et l'annulaire. Il y eut de la réaction : on fit une saignée et on administra l'émétique en lavage. L'une des plaies de la main offrait un mauvais aspect; on la pansa avec le chlorure d'oxyde de sodium ; elle se modifia avantageusement et se cicatrisa. Deux abcès se formèrent à la main ; puis celle-ci se dégorgea. Le coup de feu n'avait pas d'importance.

III. Plaie par arme à feu au voisinage de l'articulation huméro-cubitale, avec fracture de l'olécrane. Guérison, *ib.*, p. 238.

Le projectile avait labouré les muscles de la région anti-brachiale externe, contourné la tête du radius d'arrière en avant, et s'était logé au-dessous du rebord interne de l'olécrane, entre cette apophyse et la tubérosité interne de l'humérus. Il fut aisé de l'extraire. Le membre se tuméfia considérablement; l'inflammation fut modérée par les émollients ; la plaie d'entrée suppura beaucoup; un abcès considérable se forma au pli du coude. Enfin, la plaie se réduisit à une ouverture presque fistuleuse. Mais à deux reprises une violente inflammation s'empara du membre et fut suivie de la formation de nombreux abcès. Il est probable que ces accidents avaient été occasionnés par deux esquilles dont on fit l'extraction. Dix esquilles avaient déjà été retirées, et l'articulation avait considérablement diminuée de volume. L'auteur signale une sensation de picottement dans la partie lésée comme étant l'indice du détachement des esquilles. Après plus de cinq mois, le blessé sortit de l'hôpital ayant conservé un bras couturé de cicatrices mais pouvant lui être encore d'une grande utilité, et acheté au prix de grandes souffrances, de graves dangers, dont le marasme n'avait pas été le moindre. Un moment, le sujet lui-même avait demandé l'amputation.

IV. Coup de feu à travers la cuisse; tétanos; guérison. *ib.*, p. 244.

La plaie a marché régulièrement; et, malgré une colite intercurrente, elle est presque cicatrisée lorsque le blessé éprouve de la difficulté à s'exprimer et un resserrement des mâchoires. Après une amélioration qui dure trois jours, la rigidité tétanique devient générale et les mâchoires sont violemment serrées l'une contre l'autre. On donne du thé chaud en boisson et l'opium à haute dose. La diaphorèse est abondante. Les accidents s'amendent. Deux petits morceaux de drap sortent par la plaie. L'auteur de l'observation fait remarquer que dans tous les cas de sa pratique, à deux exceptions près, dans lesquels le tétanos s'est terminé malheureusement, il a trouvé un morceau de drap accolé à un nerf. Dans les deux cas exceptionnels, une fois le projectile avait labouré le nerf crural et l'autre fois il avait divisé le nerf poplité.

La médication qui lui a le mieux réussi est l'administration longtemps continuée de l'opium à haute dose et l'application de ventouses à la nuque. Plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital, le blessé conservait de la rigidité dans les mâchoires. Le rédacteur du Recueil fait remarquer dans une note la coincidence de l'amendement des symptômes avec l'élimination de deux corps étrangers, d'où il est permis d'inférer que le tétanos était dû vraisemblablement au contact de ces corps avec une partie éminemment sensible, un nerf selon toute apparence.

CHIRURGIE. — Observations de chirurgie; par M. *Villaret*, chirurgien-major au 5e régiment de dragons, t. LVII, p. 210.

I. Contusion violente du coude droit, et farcture du radius au niveau du col, produites par une chute de cheval.

Cette observation offre un exemple de fracture *indirecte* du radius au niveau de son col. La fracture eut lieu en effet par suite d'une chute de cheval *sur le côté interne* de l'articulation huméro-cubitale. Le sujet de l'observation était le lieutenant-colonel du régiment de M. Villaret. Un gonflement considérable s'empara du membre. Des applications de sangsues en permanence, des topiques résolutifs, des onctions mercurielles, des brachiluves très-prolongés réduisirent l'engorgement, et c'est alors qu'il fut possible de dianostiquer la fracture, qui fut reconnue également par M. Fleury, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont; et par M. Quaignard, chirurgien-major du 16e léger. On appliqua un appareil simple pendant trois jours, puis un bandage amidonné qui resta en place pendant vingt-un jours; l'avant-bras étant demi-fléchi, presque en supination. Au lever de l'appareil il existait une tumeur dure de consistance quasi-osseuse au côté interne de l'articulation (la contusion avait eu lieu en ce point). Pour prévenir l'ankylose, on mit un bandage simple, brisé au coude, et l'on fit exécuter journellement des mouvements de flexion et d'extension, puis de supination et de pronation. La fracture se consolida et les mouvements revinrent en très-grande partie, grâce aux bains d'eau thermale, de tripes, de sang, etc. Le pouce, l'index et le médius sont restés engourdis; la sensibilité y est obtuse, on eut à noter à la partie postérieure de l'articulation, une poche flasque qui pouvait être ou une collection de synovie ou une hématocèle de la bourse muqueuse olécrâninne. M. Bégin a vu une fracture de l'extrémité supérieure du radius par suite d'une chute sur la paume de la main. L'os se rompit au-dessous de la tubérosité bicipitale.

II. Luxation du pied droit en arrière, fracture du péroné, récidive de la luxation après réduction, par le seul effet de crampes dans le mollet, guérison, *ib.* p. 222.

Un homme âgé de 67 ans tomba ayant la pointe du pied retenue par une poutre. Il en résulta une luxation du pied en arrière. Le pied paraissait seulement à moitié en avant; la pointe était abaissée; le talon relevé et alongé, le tendon d'Achille formant une saillie concave; l'extrémité inférieure du tibia soulevait les tendons en avant. Le péroné était fracturé à quatre ou cinq centimètres au-dessus de la malléole. Le blessé se plaignait de crampes dans le mollet. La jambe, par suite de lésions antérieures, était atrophiée; la peau était fine et pour ainsi-dire adhérente à l'aponévrose. On réduisit la luxation, mais tout aussitôt une crampe eut lieu et la reproduisit. On réduisit de nouveau, et une bande jetée immédiatement autour de l'article, secondée par une attelle postérieure qui dépassait le pied, maintint la réduction. Le troisième jour, le bandage fut desserré et l'on ajouta une bande dextrinée pardessus laquelle on appliqua des attelles de carton au lieu de celle de bois, elles mêmes maintenues par une seconde bande dextrinée. Le membre fut placé sur la planchette de Mayor. Cet appareil resta appliqué 30 jours. Au bout de ce temps, l'articulation était volumineuse et peu douloureuse. On dut appliquer un bandage amovible qui permit d'imprimer chaque jour quelques mouvements aux parties. Deux mois et demi après l'accident, le blessé reprit ses occupations, en ayant le soin de porter un bas lacé.

III. Fracture de la jambe droite, qui a permis au blessé de marcher et de monter à cheval pendant les douze premiers jours, *ib.*, p. 229.

Un officier, dans une promenade, sauta d'une hauteur de trois mètres, et sentit aussitôt dans le milieu de la jambe droite une vive douleur qui le força à se reposer. Un moment après il reprit sa promenade, sauta de nouveau et parcourut un espace de près de deux lieues. La jambe était un peu gonflée; il ne continua pas moins de faire son service pendant trois ou quatre jours, puis cependant il consentit à garder le repos quarante-huit heures. Douze jours après l'accident comme il descendait une rue en pente, les deux os de la jambe se rompirent avec un bruit qui fut entendu par toutes les personnes présentes. Le tibia était fracturé obliquement, mais d'une manière inégale. Le membre était très-gonflé. On appliqua un appareil provisoire, puis celui de Scultet, que l'on remplaça ensuite par un bandage inamovible auquel il fallut bientôt substituer le second, et la fracture se con-

solida parfaitement. Il semble rationnel d'attribuer le maintien du rapport des fragments pendant douze jours, à l'intégrité du périoste (fracture intra-périostale), à l'inégalité de la fracture, mais surtout à l'intégrité du péroné.

CHIRURGIE. — Observations de chirurgie; t. LVIII, p. 232.

I. Observation d'exostose syphilitique; guérison par l'iodure de potassium et les vésicatoires; par M. Jullienne, chirurgien-major, *ib.*, p. 233.

Un officier, à la suite de plusieurs accidents vénériens, et notamment de chancres, fut atteint d'une exostose très-volumineuse et très-douloureuse du tibia droit. La peau sus-jacente était érysipélateuse. On fit des applications de sangsues aux limites de la tumeur, et l'on mit des émollients; l'érysipèle s'éteignit; l'exostose n'avait pas changé. On donna l'iodure de potassium à la dose de 0,60 à 2,0. Deux fois on fut obligé d'interrompre l'administration de ce médicament, à cause d'une conjonctivite que l'on combattit par les déplétions sanguines locales. On appliqua successivement trois vésicatoires sur la tumeur. Entré à l'hôpital le 3 octobre 1841, le sujet de l'observation en sortit guéri le 17 décembre de la même année.

II. Observation de rhumatisme articulaire aigu et d'exostose syphilitique traitée par l'iodure de potassium et les vésicatoires sur la tumeur; par le même, *ib.*, p. 236.

Le rhumatisme articulaire aigu fut traité par la méthode antiphlogistique (saignées générales répétées). On s'occupa ensuite de l'exostose, laquelle avait résisté à deux traitements mercuriels, qui toutefois avaient fait cesser les douleurs dont elle était le siège. Le sel fut administré du 4 février au 2 mars, depuis la dose de 0,6 jusqu'à celle de 2,0. On appliqua deux vésicatoires sur la tumeur. Le 6 mars, le sujet de l'observation sortit pour rejoindre son corps. M. Jullienne cite en note un troisième cas, celui d'un jeune homme natif de Mahon, qu'il traita dans cette ville, d'une exostose datant de deux ans et ayant résisté à plusieurs traitements mercuriels. Dans l'espace de trois mois, grâce au sel iodique et aux vésicatoires au nombre de quatre, ce jeune homme guérit complètement.

III. Observation d'exostoses syphilitiques, traitées par l'iodure de potassium, et de fièvre tierce; par M. *Haicault*, chirurgien sous-aide-major, *ib.*, p. 239.

A la suite de chancres qui furent guéris sans traitement mercuriel, le sujet de cette observation éprouva des douleurs dans les tibias ; puis se manifestèrent deux tumeurs sur l'un de ces os et une sur l'autre. Les articulations du genou et tibio-astragalienne étaient douloureuses. Les douleurs étaient surtout vives la nuit. On fit cesser au moyen du sulfate de quinine des accès de fièvre tierce. Le 22 mai on administra l'iodure de potassium à 1,0. Il fut porté successivement à 3,5, puis on ramèna la dose à 2,5 et à 2,0. On cessa l'emploi de ce moyen le 1er juillet, et ce jour-là on accorda l'*exeat* au sujet.

IV. Observation de carie syphilitique des os du nez ayant résisté au traitement mercuriel ; guérison par l'iodure de potassium ; par M. *Capron*, *ib.*, p. 244.

A la suite de plusieurs accidents locaux et particulièrement de chancres, le nez se tuméfia et il se forma une large ulcération au niveau de l'articulation des os du nez avec le frontal. Les douleurs étaient surtout vives la nuit. De petites portions d'os étaient sorties par la plaie. On donna le bi-chlorure de mercure, des bains de vapeur et des sudorifiques. La maladie empirait. Alors on administra l'iodure de potassium depuis la dose de 1,0 jusqu'à celle de 4,0. L'amélioration ne se fit pas attendre. Le malade prit en tout 80 grammes du sel. Il sortit de l'hôpital entièrement guéri après quatre-vingt-cinq jours de traitement.

Le rédacteur du Recueil fait remarquer que ces succès de l'iodure de potassium n'impliquent pas l'infériorité d'action des mercuriaux. (Depuis cette époque des faits nombreux lui ont démontré que l'iodure de potassium est le remède par excellence des accidents tertiaires de la syphilis, partant des exostoses). Il semble, ajoute-t-il que ce médicament soit surtout efficace chez les sujets lymphatiques et affaiblis : c'est une vue à vérifier. Il l'a employé contre les adénites strumeuses ; mais il ne peut encore rien dire des résultats (ils ont été nuls). Il fait remarquer que, suivant une note du travail de M. Julienne, les conjonctivites, qui ont forcé d'interrompre l'administration du sel iodique dans le premier cas, sont survenues pendant un temps froid et humide, ce qui confirme une opinion du professeur A. Bérard. Enfin, il fait observer que la membrane muqueuse des fosses nasales, des trompes, et la membrane du tambour peuvent être affectées comme la conjonctive par suite de l'usage de l'iodure de potassium.

V. Observation de carie des os du pied par cause traumatique ; amputation de Chopart ; par M. *Malle*,

chirurgien en chef de l'hôpital de la Salpêtrière à Alger. *Ib.*, p. 246.

Un Arabe éprouvait sur le dos du pied droit des douleurs aiguës qu'il attribuait à la chaussure française ; un phlegmon se forma en ce point ; on l'ouvrit et il s'établit une plaie fistuleuse. On reconnut la carie des os correspondants. L'amputation devint nécessaire et fut réclamée par le patient, qui d'abord s'y était refusé. M. Begin, qui fut consulté, conseilla de rechercher s'il ne serait pas possible de s'en tenir à l'ablation des deux premiers cunéiformes. M. Malle préféra pratiquer l'amputation de Chopart. L'extrémité postérieure des deux premiers métatarsiens et le premier cunéiforme étaient seuls cariés (ce qui justifie l'opinion de M. Bégin). Il n'y eut pas de réaction, chose commune chez les Arabes, dit l'auteur. Il se fit d'abord une rétraction du tendon d'Achille ; mais elle ne persista pas. Le rédacteur du Recueil se demande si étant donnée une carie limitée et superficielle, on n'en aurait pas raison avec le cautère actuel.

VI. Observation de nécrose du tibia, suite de fracture de la jambe compliquée d'esquilles ; extraction des esquilles, résection et cautérisation de l'os ; par M. *Lalanne*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, *ib.*, p. 248.

A la suite d'une fracture complète de la jambe, au tiers inférieur, un officier eut, à diverses reprises, des érysipèles phlegmoneux dans la partie blessée, et dès le commencement un trajet fistuleux s'établit vis-à-vis la fracture. On reconnut la dénudation du tibia. Des applications de sangsues ayant maîtrisé les accidents inflammatoires, le trajet fistuleux fut largement ouvert. Deux esquilles mobiles furent extraites ; on réséqua les portions d'os nécrosées à l'aide de la gouge et du maillet, et l'on cautérisa ce qui restait avec le fer rouge. La plaie était presque cicatrisée lorsque le malade fut envoyé à Barèges, après environ cinq mois de traitement.

VII. Observation d'arthrite phalango-phalangienne et de nécrose d'une partie des deux premières phalanges de l'indicateur, par cause externe ; recueillie dans le service de M. *Murville*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lille, *ib.*, p. 252.

Blessure comme une piqûre d'épingle par un éclat de capsule au niveau de l'articulation de la première phalange avec la se-

conde. Le doigt se tumefia en un point d'abord, puis dans toute son étendue, et ensuite la tuméfaction s'étendit à la main. La blessure avait eu lieu le 25 décembre. Le 21 mars, en faisant glisser les surfaces articulaires l'une sur l'autre, on sentait une crépitation. La douleur était vive, la réaction assez prononcée. Une large incision agrandit une petite ouverture faite par un premier chirurgien, et le malade fut très-soulagé. Mais on ne put conserver le doigt, qui fut amputé par le procédé à deux lambeaux dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Les deux tiers inférieurs de la première phalange et la moitié supérieure de la seconde étaient dénudés. Les cartilages d'encroûtement de l'articulation des deux phalanges avaient disparu. Guérison rapide de la plaie d'amputation.

VIII. Observation de nécrose de la première phalange de l'indicateur, par cause externe; recueillie par M. *A. Vallois*, chirurgien sous-aide-major, dans le service de M. *Castano*, chirurgien en chef de l'hôpital de Tlemcen; *ib.*, p. 255.

Plaie contuse de l'indicateur de la main droite. Deux jours après, gonflement considérable, qui s'étend ensuite aux autres doigts, à toute la main et jusqu'à l'avant-bras. On fait deux grandes incisions qui donnent issue à des matières sanieuses. L'inflammation se circonscrit. La face interne de la première phalange de l'indicateur se dénude dans une grande partie de sa largeur. Bientôt un point noirâtre s'y fait remarquer et s'étend. Les parties molles environnantes qui avaient pris bon aspect redeviennent blafardes; le pus est séreux, rougeâtre, infect. On ampute le doigt dans l'articulation métacarpo-phalangienne, en conservant un lambeau externe. La substance compacte de l'os se détache sans effort du tissu spongieux, qui est noirâtre; les cartilages n'existent plus qu'au centre des surfaces articulaires; les capsules et ligaments sont détruits. Le rédacteur du Récueil fait remarquer que le procédé d'amputation suivi ici par nécessité est celui qu'il a adopté depuis longtemps pour les amputations métacarpo ou métatarso-phalangiennes.

IX. Observation de carie des os de l'articulation tibio-tarsienne droite, ayant nécessité l'amputation de la jambe, et de carie du fémur droit ayant nécessité ensuite l'amputation coxo-fémorale; par M. *Murville*, chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Lille, *ib.*, p. 260.

Carie des os de l'articulation tibio-tarsienne droite; amputation

de la jambe; guérison. Au bout de six mois, diarrhée; douleurs aiguës dans l'articulation tibio-fémorale et le corps du fémur correspondants. Un foyer purulent se forme au dessous du triceps fémoral. On l'incise pour éviter qu'il ne dissèque tous les muscles de la partie avant d'avoir pu traverser le *fascia lata*. On reconnait une carie du corps du fémur s'étendant jusqu'au petit trochanter. Il y a une faible chance de salut en pratiquant l'amputation coxo-fémorale, et on y procède le 23 février. On fait un seul lambeau antérieur de 15 centimètres de longueur environ. Le malade, grâce aux précautions prises, ne perd pas plus de soixante grammes de sang. Après plusieurs jours d'un état satisfaisant, l'opéré succombe tout-à-coup dans la nuit du 26 au 27, sans crise, sans agonie. La diaphyse fémorale était inégale, rugueuse; le périoste, épaissi, ramolli, se laissait détacher avec la plus grande facilité; les muscles étaient ramollis, verdâtres; les surfaces articulaires du genou étaient dépouillées de leurs cartilages et baignées de pus. Le gros intestin offrait plusieurs ulcérations larges et peu profondes. Le rédacteur du Recueil se demande quel est le mécanisme de la disparition des cartilages d'incrustation, et il admet, avec M. Richet, qu'elle peut avoir lieu de deux manières: ou par le soulevement, par une couche de sang de la lame compacte à laquelle le cartilage est attaché, ou par la formation de bourgeons celluleux qui absorbent cette lame, mais toujours par la disparition de celle-ci dont le cartilage, qui n'existe pas par lui-même, est solidaire. Il admet que dans la diaphyse l'inflammation a marché de l'os au périoste, comme dans l'épiphyse elle a marché de l'os au cartilage. Il fait ressortir l'avantage qu'il y a eu à lier d'abord les artères, dans lesquelles la compression pubienne ne pouvait interrompre le cours du sang.

X. Observation de carie sterno-costale; par le même; *ib.*, p. 269.

Abcès par congestion sterno-costal paraissant se rattacher à une violente contusion par suite d'un éboulement. On l'ouvre avec le trois-quarts, en déplaçant préalablement la peau. Il se referme; on le ponctionne encore; il se reproduit et on fait une nouvelle ponction; puis un second foyer apparait en un autre point de la poitrine. On l'incise. Le malade ne tarde pas à succomber. A l'autopsie, on trouve une carie du bord du sternum et de l'extrémité interne de la première côte. Le premier foyer était situé à l'intérieur, entre la plèvre costale repoussée en arrière, noirâtre, et les cinq premières côtes. Extérieurement il reposait sur les mêmes côtes et les muscles intercostaux externes, ayant au devant de lui le grand pectoral. On avait noté un bruit de soufflet à la région précordiale; l'orifice aortique était retréci, et les valvules sygmoïdes présentaient chacune, au milieu de leur

bord un point cartilaginiforme du volume d'un pois. Le rédacteur du Recueil mentionne dans de courtes remarques la méthode de M. Lisfranc, qui consiste à ouvrir largement les abcès par congestion, et il y voit un avantage quand l'abcès est *sessile*, celui de permettre l'examen direct des os affectés et l'application du cautère actuel ou la résection.

XI. Observation de nécrose du crâne; par M. *Guerre*, chirurgien-major, chirurgien en chef de l'hôpital de Maubeuge, *ib.*, p. 272.

Chûte sur le bord d'un lit en fer. Plaie fistuleuse au crâne. Dénudation du pariétal. On fait pénétrer un stylet jusqu'à la dure-mère par quelques pertuis, au pourtour de la dénudation. On détache avec un élevateur un séquestre de la grandeur d'une pièce de deux francs, qui laisse la dure-mère à découvert. Des bourgeons charnus se forment à la longue et la plaie se cicatrise, mais il reste un point dénudé. Le malade, réformé, veut sortir.

XII. Observation d'ostéo-sarcôme par cause traumatique; par M. *Scoutteten; ib.*, p. 274.

Un jeune homme d'un constitution délicate éprouva une forte contusion au côté externe et supérieur de la jambe dans une chûte de cheval. Une tumeur dure, peu sensible à la pression, sans changement de couleur à la peau, se forma dans ce point. Plus tard elle devint douloureuse; la peau sus-jacente rougit; des élancements s'y firent sentir. Des applications de sangsues ne la modifièrent en rien. Elle se ramollit, et l'on y pratiqua une ponction exploratrice qui donna issue à un jet de sang artériel. Une sonde y fut introduite, et M. Scoutteten reconnut un ostéo-sarcôme. Il réunit une consultation ; on jugea à propos de faire une nouvelle ponction qui donna les mêmes résultats que la première. La proposition d'amputer la cuisse fut faite au malade, qui la rejeta; mais bientôt il fut réduit à accepter cette extrémité, comme seule chance de salut. La dissection de la tumeur, après l'opération, fit reconnaître une tumeur cancéreuse bilobée, dont la description parait se rapporter au squirrhe plutôt qu'à l'encéphaloïde ; la tête du péroné, comprise dans cette tumeur, était brisée en éclats. D'abord la plaie de l'opération parut se cicatriser; mais bientôt il se forma dans le moignon plusieurs abcès. Le bout de l'os scié se nécrosa, et il fallut le réséquer. Les fonctions digestives avaient été dérangées à diverses reprises. L'opéré avait été pris de dysenterie. Il avait une toux sèche, fatigante. Il succomba le 17 avril. L'amputation avait été faite le 3 janvier. On trouva, à l'autopsie, les traces d'une bronchite, d'une gastrite, des plaques saillantes

dans le petit intestin, et des plaques ulcérées dans le gros. Le bout du fémur était de nouveau nécrosé et le canal médullaire vide.

XIII. Observation d'ostéo-sarcôme, par cause traumatique ; par le même ; *ib.*, p. 286.

Cette observation se rapproche beaucoup de la précédente et offre comme elle un grand intérêt. A la suite d'une contusion dans une chûte de cheval, le genou gauche devint le siége, à son côté externe, d'une tumeur du volume d'un œuf. Vainement on fit des applications de sangsues en grand nombre, et on recourut à une foule d'autres moyens, notamment à l'application de deux moxas. Six mois se passèrent ainsi. Le malade alla en convalescence dans sa famille. Il éprouvait dans la tumeur des élancements fréquents très-douloureux. Il entra enfin à l'hôpital de Strasbourg le 24 février 1844. L'accident avait eu lieu en mai 1843. La tumeur était longue de 28 centimètres et avait 59 centimètres de circonférence ; elle était bosselée, parcourue, à la surface, de veines volumineuses. L'amputation de la cuisse fut faite le 1er mars. Dès le 20 de ce mois l'opéré pouvait se promener dans la cour à l'aide de béquilles. La tumeur était formée d'un tissu fibreux, élastique, serré, d'un blanc grisâtre, ayant des fibres rayonnantes. Les os, les cartilages étaient séparés et en grande partie absorbés. L'opéré n'a pas été suivi au delà du quarantième jour. On ne peut donc rien dire du résultat définitif de la maladie. La récidive est toujours à craindre dans ces sortes de cas.

XIV. Observation de fracture de la dixième vertèbre dorsale avec section complète de la moelle ; par M. *Salleron*; *ib.*, p. 294.

Chûte sur le dos de 5 mètres de hauteur. Perte du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs et les parois abdominales, jusqu'à travers de doigt au dessus de l'ombilic. Douleur vive dans le dos, où se font remarquer deux saillies anormales. Erection. L'intelligence est libre. La douleur dorsale devient plus intense au moindre mouvement. On est obligé de recourir au cathétérisme pour évacuer l'urine. On fait des saignées et l'on applique des ventouses scarifiées *loco dolenti*. La douleur diminue. La paralysie ne change pas. Contractions douloureuses dans les cuisses. Regorgement de l'urine. Découragement. Après d'autres moyens, on applique deux cautères. Amaigrissement. On donne la strychnine. Une eschare se forme au sacrum. Diarrhée succèdant à la constipation, puis de nouveau suppression des selles. On prescrit des purgatifs. Dépérissement. Enfin, mort le 18 avril. L'accident avait eu lieu le 12 jan-

vier. A l'autopsie, on trouve une fracture de la dixième vertèbre dorsale ; la moelle complètement divisée par le glissement du fragment supérieur de l'os en avant de l'inférieur ; une fracture du col de la dixième côte, dont la tête est séparée des surfaces articulaires correspondantes ; du reste, un travail complet de consolidation ; plus une néphrite suppurée des deux côtés.

Dans les courtes remarques dont il fait suivre cette observation, M. Salleron explique comment il lui parait impossible d'astreindre dans un cas pareil, le blessé à une position invariable. Ce serait, pense-t-il, le condamner à un supplice sans compensation, puisque le plus souvent la mort est certaine. Il attribue les douleurs lombaires à la néphrite. Il suppose que l'inertie des extrémités inférieures a pu avoir quelque influence sur le déplacement du fragment supérieur déterminé par la chûte. On a lieu de penser que les contractions douloureuses dont les membres paralysés ont été agités à diverses reprises étaient le résultat d'une inflammation traumatique du tronçon inférieur de la moelle.

XV. Observation de fracture de la colonne vertèbrale ; par M. *Simon. Ib.*, p. 318.

Chûte d'environ trois mètres de hauteur sur le dos. Le blessé ne peut se relever. Douleur lombaire violente. Saillie volumineuse au niveau de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire. Paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum (D'abord anesthésie). Il se forme une eschare au sacrum. Mort cinq semaines environ après l'accident. A l'autopsie, on trouve un écartement des apophyses épineuses de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire, qui ne sont plus sur la même ligne; une fracture des apophyses articulaires ; une déchirure des méninges et un ramollissement de la moelle vis-à-vis de la fracture. Cette observation est malheureusement très-écourtée.

XVI. Observation de fracture de la mâchoire inférieure; par M. *Maupin. Ib.*, p. 321.

Fracture verticale du maxillaire inférieur entre la deuxième incisive et la canine droites, par suite d'un coup de banc sur la face. Le fragment gauche est abaissé et porté en arrière d'environ o m., 006. On réduit la fracture, et le déplacement se reproduit malgré le bandage ; mais, chose remarquable, à mesure que le cal extérieur se tasse, les parties tendent d'elles mêmes à reprendre leur position ; quand le blessé quitte l'hôpital, à peine subsiste-t-il un peu de difformité.

XVII. Observation de fracture de la mâchoire inférieure, par le même ; *ib.*, p. 323.

Ici encore il s'agissait d'une fracture de la mâchoire inférieure ; fracture double, avec fragment moyen étendu de la première petite molaire droite à la troisième molaire gauche ; ce fragment était abaissé et porté en arrière. Le gonflement de la face, puis une stomatite ulcéreuse s'opposèrent à l'emploi méthodique des moyens contentifs, et la consolidation parut s'être opérée définitivement d'une manière très vicieuse. Mais lorsque les parties furent libres de toute contrainte, elles se remirent progressivement en place. C'est surtout sous ce rapport que cette observation et la précédente sont dignes de remarque.

CHLORATE DE POTASSE. — Action que l'iode exerce sur lui, t. L, p. 300. (*Voyez* IODE).

CHLORE. — Mémoire sur l'action du chlore sur la quinine; par M. *J. J. André*, pharmacien-major, professeur au Val-de-Grâce, t. XLVII, p. 353.

L'auteur rappelle un travail antérieur qui lui fit découvrir un réactif pour reconnaître à la première vue la présence des plus petites quantités de quinine ou d'un de ses sels. Ce moyen consiste à ajouter, dans les solutions de cet alcaloïde, du chlore liquide, puis quelques gouttes d'ammoniaque. Une nuance vert-émeraude se manifeste. Sature-t-on l'ammoniaque excédante par un acide, la solution devient bleue, puis violette, enfin rouge de feu, à mesure que l'on augmente la quantité d'acide. La troisième nuance seule est persistante. Deux chimistes se sont occupés du même sujet depuis la publication de ce travail : MM. Brandt et Pelletier. Le premier a recherché les proportions les plus avantageuses pour obtenir la nuance verte dans sa plus grande intensité. Il a vu, en outre, qu'en mettant successivement en contact 2 grammes et demi de sulfate de quinine avec 650 grammes de chlore et 125 grammes d'ammoniaque, on obtenait un précipité verdâtre, qui, séché à une douce chaleur, donne une matière résineuse verte brunâtre, soluble dans l'alcool, et d'une saveur amère très-prononcée. M. Pelletier a non seulement étudié l'action du chlore sur la quinine, il l'a fait aussi réagir sur d'autres alcaloïdes. Ce chimiste a fait voir qu'il se formait, par suite de la réaction des matières résinoïdes, plus de chlorhydrate d'ammoniaque.

1. *Action du chlore sur la quinine.* — Cette action varie suivant l'état de la quinine: qu'elle soit à l'état de base ou de combinaison saline; anhydre ou hydratée; sèche ou humide;

en solution dans l'alcool ou divisée dans l'eau. Les proportions d'eau et de quinine, le temps employé à faire passer le courant de chlore, sa rapidité, exercent aussi leur influence. — La quinine anhydre en poudre fine mise en contact avec du chlore sec s'est agglomérée en petites masses colorées, partie en vert, partie en rouge. Le chlore enlevé, la quinine traitée par l'alcool a présenté un liquide d'un beau rouge carmin. Cette solution alcoolique renferme de la quinine altérée par le chlore, et de la quinine qui, en se trouvant au centre de petites masses, n'a pu être suffisamment attaquée. Quelques gouttes d'ammoniaque font passer la liqueur à la couleur vert-émeraude. — Le sulfate de quinine basique est moins vivement attaqué par le chlore sec; le sel ne se colore en rouge que par place. — 3 grammes de quinine hydratée, en poudre fine, mis dans un flacon contenant 300 grammes d'eau distillée ont été exposés à un courant modéré de chlore, la liqueur s'est colorée en rose, puis en rouge; le chlore continuant d'être dégagé, la coloration passe au brun, puis s'éclaircit et se décolore totalement. — Par un contact prolongé le liquide se trouble, des granules blanchâtres deviennent de plus en plus nombreux et se précipitent en partie. Au bout d'une heure et demie, la quinine est complètement désorganisée; elle ne verdit plus par l'ammoniaque. Après douze à quinze heures de repos, le précipité est plus abondant, la solution n'a plus l'odeur de chlore. Par la filtration on sépare une matière blanche que l'on lave jusqu'à ce qu'elle soit dépouillée d'acide chlorhydrique. Si l'on sature tout-à-fait la solution chlorurée, le précipité, qui n'a cessé d'augmenter jusqu'à la neutralité, disparait tout à coup. Par le repos prolongé, la liqueur passe peu à peu au brun rougeâtre. L'évaporation fait obtenir un dépôt abondant de chlorure de sodium et de chlorhydrate d'ammoniaque. Le produit séparé des sels est rapproché en consistance de miel puis traité par l'alcool à 33°. Un nouveau traitement par les procédés de l'art a rendu la nouvelle substance aussi pure que possible. — Caractères physiques et chimiques des précipités blanc et rouge brun. — Recherche théorique sur la réaction qui a converti en matière extractive acide, par l'action continue du chlore, la quinine, cette substance qui se rapproche des résines, sauf son alcalinité.

II. *Action du chlore et de l'ammoniaque sur la quinine.* — Si l'on verse sur une solution étendue de quinine ou d'un de ses sels, du chlore, puis quelques gouttes d'ammoniaque, la liqueur se colore en vert émeraude. Neutralisée, la liqueur devient bleue, puis violette, enfin rouge de feu si l'acide est en excès. De ces nuances, la dernière seule a de la stabilité. Si dans la solution de quinine chlorurée on ajoute goutte à goutte de l'ammoniaque, et qu'à chaque affusion on agite avec un tube, la matière verte produite le long du trajet de l'ammoniaque se détruit en se mêlant avec un excès d'eau chlorurée, devient matière rouge qui, en

se confondant avec de nouvelle matière verte, provenant d'une nouvelle quantité d'ammoniaque, donne toutes les nuances intermédiaires entre le vert et le rouge. De la quinine a été mise dans un flacon rempli de chlore liquide, la liqueur s'est colorée successivement en jaune et en brun. Du deuxième au troisième jour, elle ne verdit plus par l'ammoniaque, mais prend une couleur lie de vin ; en détruisant cette coloration brune par le chlore, la couleur verte se reproduit par l'ammoniaque. Théorie de ce phénomène. Caractères de la matière verte et de la matière rouge. Procédés pour les obtenir. Examen de l'action de quelques réactifs sur ces matières. — Résumé : sous l'influence du chlore, la quinine tend à s'oxygéner de plus en plus; placée dans des circonstances convenables, elle peut donner naissance à quatre composés bien distincts: 1° une matière verte très-peu stable, sorte de combinaison de quinine et d'une substance analogue aux résines; 2° une matière rouge carmin, de même nature que la précédente, mais très-stable et plus oxygénée; 3° une matière résinoïde blanche, très-avide d'oxygène et très-soluble dans les alcalis; 4° une matière rouge brun ayant toutes les propriétés qui caractérisent l'extrait pharmaceutique dans sa plus grande pureté. — L'auteur regarde comme probable la transformation de la quinine en acide oxalique ou en tout autre acide très-oxygéné, au moyen d'un contact encore plus prolongé avec le chlore.

CHLORE. — Recherches sur les combinaisons oxygénées du chlore; mémoire lu à l'Académie des sciences le 8 février 1841; par M. *E. Millon*, pharmacien aide-major, professeur de chimie à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. L, p. 285.

M. Millon dans de précédents travaux était arrivé à considérer les composés décolorants comme des combinaisons correspondantes aux peroxydes, dans lesquelles le chlore remplace l'oxygène, en proportion équivalente. Dans ses nouvelles recherches, l'auteur en mettant un contact de l'acide sulfurique et du chlorate de potasse dans des appareils réfrigérents, et en soumettant ensuite le mélange à une chaleur très modérée, dans des appareils distillatoires, a démontré que le composé désigné sous le nom de *deutoxyde de chlore* est un véritable liquide jusqu'à la température de +20°. M. Millon l'a obtenu sous cette forme dans un état de pureté qui permet de suivre ses réactions et d'en saisir les caractères essentiels. Au contact des oxydes alcalins, ce corps se transforme en chlorate et en chlorite de la même manière que l'acide hypoazotique se transforme en nitrate et en nitrite. Sur ces considérations l'auteur a cru pouvoir changer la dénomination de *deutoxyde de chlore* en celle *d'acide hypo-*

chlorique qui est en rapport non seulement avec la composition de ce corps, mais encore avec une réaction tout-à-fait fondamentale. M. Millon pense que les chlorites existent au même titre que les nitrites et constituent une nouvelle série de sels qui offrent assez de stabilité pour qu'on puisse faire passer leur acide sur des oxydes métalliques et obtenir ces derniers sels à l'état cristallin. — Indication d'un moyen à l'aide duquel on obtient les chlorites sans courir aucun risque d'explosion. — L'action de l'acide hypochlorique sur le chlorate de potasse ne fournit pas un gaz particulier, mais un mélange de produits où il est facile de distinguer une très forte proportion de chlore et d'acide hypochlorique. — Le composé désigné sous le nom *d'acide hypochloreux* ne se comporte pas avec les alcalis comme un acide ; il les fait passer simplement dans un ordre de combinaison qui correspond aux peroydes et aux chlorures d'oxyde. Il continue les séries dont la création est due à l'eau oxygénée.

CHOLÉRA-MORBUS. — Note sur un phénomène consécutif au choléra-morbus parvenu à la période algide, terminé par la guérison ; par M. *A. Christiani*, docteur en médecine et chirurgien sous-aide, t.LXIV, p. 334.

Dans les premiers jours de la convalescence de tout cholérique *qui a passé par la période algide*, on aperçoit, vers la racine de l'ongle, une ligne transversale, blanchâtre, saillante et arquée, dont la concavité regarde la racine de l'ongle. Cette ligne s'élève bientôt, et atteint le bord libre de l'ongle vers la fin du sixième mois de l'invasion de la maladie. Par ses caractères, elle ne peut être confondue avec le petitsegment formé par la matrice de l'ongle. Cette espèce de bourrelet est la ligne de démarcation qui sépare l'ongle ancien du nouveau. L'auteur a d'abord remarqué cette altération pathologique sur tous ses ongles; il l'a plus tard constatée dans tous les cas de choléra où il y a eu absence totale de pouls, et froid algide des extrémités qui en est la condition essentielle. M. Christiani a eu de fréquentes occasions de vérifier la constance de ce phénomène. La hauteur de la ligne cholérique lui a toujours permis de déterminer l'époque de la maladie qui l'avait produite, sans se tromper de plus de huit jours. — L'auteur croit être le premier qui ait signalé ce fait pathologique. — Ce renouvellement des ongles a été constamment accompagné de la chûte et du renouvellement de l'épiderme sur toute la surface du corps, et de la chûte partielle des poils et des cheveux.

CHUFFART, *sous-intendant militaire.* — Discours prononcé à l'occasion de la distribution des médailles

à l'hôpital de perfectionnement, le 30 septembre 1839, t. LVII, p. 379.

CHUTE. — Note sur une chûte de dix mètres de haut sur la partie droite de la tête et de la nuque; commotion du cerveau, épanchement; paralysie du membre supérieur gauche ; guérison ; par M. *Bertrand*, chirurgien aide-major, chargé du service de santé des ateliers des militaires condamnés aux travaux publics de la Belle-Croix, t. XLVIII, p. 361.

Le sujet était ivre quand il tomba ; on le transporta à l'infirmerie ; il était immobile, insensible. Du sang sortait par l'oreille droite. On ouvrit la veine ; mais il sortit peu de sang ; on appliqua deux ventouses profondément scarifiées à la nuque ; on mit des sinapismes aux pieds. Le pouls se releva ; le blessé vomit. On rouvrit la saignée, qui donna encore très-peu de sang. Le lendemain, mouvements convulsifs du côté droit du corps ; paralysie du membre supérieur gauche ; grincements ; face rouge ; pouls plein (Saignée de 500 gr. Lavement purgatif. 30 sangsues à la région temporale droite). Les jours suivants, on prescrit encore des sangsues, des sinapismes, etc. Sept jours après l'accident, une amélioration sensible se déclare ; bientôt le mouvement revient dans le bras gauche ; la parole revient aussi. La mémoire se fait attendre, et, le 10 août (la chûte avait eu lieu le 17 juillet), elle n'est pas encore revenue complètement. Du reste le blessé se promène et mange. Mais il faut longtemps pour que l'on puisse affirmer que la guérison est définitive à la suite d'un pareil accident. Les lésions de la tête peuvent avoir des effets très-tardifs.

CLAUDE, *pharmacien aide-major*. — Note sur l'établissement d'un vivier à sangsues à Boufarick, et observations sur le dégorgement et la reproduction de ces annélides. — Mémoire sur les sangsues. (Ces travaux ont servi de documents à l'Instruction sur la formation des viviers artificiels à sangsues, t. LXII p. 283).

CLEVER DE MALDIGNY, *chirurgien aide-major* au 11e régiment d'artillerie (1). — Observation d'une triple

(1) Maintenant chirurgien-major de première classe au 52e régiment.

atteinte d'érysipèle avec complication de fièvre intermittente, guérie par l'emploi du cautère actuel, t. XLVII, p. 289.

CLIMAT DE L'ALGÉRIE. — Notice sur le climat et les maladies de l'Algérie, t. LX, p. 1. (Voyez Algérie.)

CLINIQUE CHIRURGICALE. — Compte rendu de la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, par P. Malle, chirurgien aide-major à cet établissement, t. XLII, P. 110.

Ce travail comprend les observations chirurgicales recueillies à l'hôpital d'instruction de Strasbourg, pendant une période décennale et surtout de 1834 à 1837.

Article premier.—Erysipèle. L'érysipèle, maladie assez fréquente à l'hôpital de Strasbourg, s'y présente le plus souvent sous la forme traumatique. Cette affection attaque quelquefois un grand nombre d'individus. Dans l'été de 1836, une disposition de ce genre se manifesta parmi les blessés. Les auteurs considèrent alors la maladie comme épidémique. Quant aux divisions établies entre les diverses espèces d'érysipèle, elles sont généralement peu philosophiques. La seule qui paraisse utile est celle qui repose sur la distinction des éléments anatomiques affectés (Erysipèle cutané, érysipèle phlegmoneux). Première observation. *Erysipèle traumatique à la jambe droite; sangsues, fomentations avec l'infusion de fleurs de sureau; guérison.* Deuxième observation. *Erysipèle spontané au bras gauche; fomentations d'infusion de fleurs de sureau; guérison.* Troisième observation. *Erysipèle bilieux à la cuisse gauche; sangsues à l'épigastre, fomentations d'infusion de fleurs de sureau; guérison.* Quatrième observation. *Erysipèle au cou à la suite de l'application d'un séton; fomentations de fleurs de sureau; guérison le septième jour.* Cinquième observation. *Erysipèle à la suite de l'application d'un séton à la nuque, comme dans le cas précédent; diète, boissons adoucissantes, lavements purgatifs, fomentations de sureau; guérison dans l'espace de huit jours.* Sixième observation. *Séton à la nuque pour une ophthalmie; érysipèle; phénomènes gastriques : sangsues à l'épigastre et au voisinage de l'érysipèle; fomentations de sureau sur les parties érysipélateuses; guérison.* Réflexions. Un fait ressort de ces observations, c'est l'efficacité constante du traitement antiphlogistique et des fomentations de sureau. Plusieurs de ces cas étaient cependant très-graves. D'après M. Bally, il faut se garder de toute saignée locale ou générale dans l'érysipèle de la face; or, ce moyen est presque toujours suivi d'amélioration. Larrey a retiré de grands avantages de l'application du cautère incandescent sur le siége de l'érysipèle. Ce moyen a réussi à M. Bégin, qui a employé aussi avec

succès le sinapisme à distance. Dans aucun cas on n'a eu recours au vésicatoire. La méthode ectrotique est dangereuse. Les purgatifs et vomitifs sont presque toujours nuisibles, même dans l'érysipèle à forme bilieuse. La compression a réussi dans un cas. La méthode divisante doit être rejetée. Quant à la méthode mercurielle, on ne doit l'employer que lorsque le traitement antiphlogistique est insuffisant. Septieme observation. *Erysipèle phlegmoneux au membre inférieur du côté droit; mort du sujet, autopsie. Réflexions sur le phlegmon diffus et sur son traitement.* Huitieme observation. *Erysipèle phlegmoneux au premier degré; antiphlogistiques. Guérison.*

Article ii. Plaies en général. M. Bégin donne aux bandelettes agglutinatives une grande longueur, et les substitue aux bandes ordinaires. Il a contre la compression considérée comme moyen hémostatique une invincible prévention, et il n'accorde pas de confiance à la torsion. *Plaies d'armes à feu.* M. Bégin regarde le débridement comme un moyen antiphlogistique et préventif de l'étranglement. Du reste, il ne nie pas les exceptions. — Observation de plaie d'arme à feu cicatrisée malgré la présence d'un corps étranger.—L'ouverture d'entrée a toujours plus d'étendue que celle de sortie. C'est une erreur de penser que, dans tous les cas, les plaies par armes à feu doivent être suivies d'élimination sensible d'eschare. — Observation de plaie d'arme à feu dans laquelle la balle ayant frappé obliquement le larynx, glissa sur lui, fit sous la peau le tour du cou, et vint se placer au côté opposé du larynx, d'où elle fut extraite moyennant une simple incision. — Observation de division de la balle en deux parties ayant suivi un trajet différent. — Observation dans laquelle il fut impossible de faire pénétrer la sonde jusqu'au projectile. — Autre observation dans laquelle la balle ayant fracturé les 10e et 11e côtes droites, passa entre les deux apophyses épineuses des vertèbres correspondantes, puis, remontant à travers la masse sacro-lombaire, alla se loger sous l'omoplate du côté opposé.

Article iii. Abcès. — *Abcès idiopathiques.* — Neuvième observation. *Abcès de la région axillaire profonde. Guérison.* Les abcès de la région axillaire diffèrent très notablement suivant qu'ils sont placés au-dessus ou au-dessous du feuillet aponévrotique qui limite en bas le creux de l'aisselle. Dixieme observation. *Abcès profond de l'avant-bras, à la suite d'une cause traumatique. Incision, Accidents inflammatoires. Large débridement.* Utilité des debridements étendus dans les suppurations profondes. *Abcès par congestion.* Il s'en est présenté vingt-et-un cas, sur lesquels un seul exemple de guerison. Onzieme observation. *Abcès par congestion. Phénomènes typhoïdes. Apparition d'un abcès froid à la fesse gauche. Cautérisation de l'os coxal du même côté. Mort. Carie de la colonne vertébrale (région dorsale).* Douzieme observation. *Abcès par congestion à la région dorsale. Ouverture à l'aide de la potasse. Mort. Carie des 4e, 5e et 6e vertèbres dorsales.* Treizieme observation. *Abcès par*

congestion simulant une hernie crurale. Ouverture par l'instrument tranchant. Mort. Carie des 1re, 2e *et* 3e *vertèbres lombaires.* QUATORZIEME OBSERVATION. *Abcès survenu sans douleur vertébrale. Mort rapide. Carie des quatre premières vertèbres lombaires.* QUINZIEME OBSERVATION. *Abcès par congestion situé à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite. Ouverture large et pratiquée de bonne heure par l'instrument tranchant. Accidents. Guérison. Réflexions.* Il existe plusieurs exemples de carie des vertèbres suivie de guérison. La douleur vertébrale considérée, par Boyer, comme pathognomonique, semblerait manquer presque aussi souvent qu'elle se montre; sur les vingt-un cas, elle a manqué dix fois. Elle manqua dans une observation, fort remarquable, en outre, par la succession de deux abcès dans l'aine, dont le premier se cicatrisa, et par la formation d'un abcès périnéal, circonstance fort rare, dont Ribes a rapporté un exemple, emprunté à la clinique de Sabatier. SEIZIEME OBSERVATION. *Abcès par congestion à l'aine. Carie vertébrale. Mort du sujet.* La tumeur fut prise pour une hernie. La durée de la maladie est très variable; elle fut de trois ans dans ce cas. Divers chirurgiens, parmi lesquels se range M. Bégin, professent, contrairement aux doctrines généralement reçues, que les abcès par congestion doivent être ouverts de bonne heure et largement, aussitôt que l'insuffisance du traitement de la maladie vertébrale, par les moxas et les médications internes appropriées, est reconnue. M. Bégin, compte trois succès sur dix cas dans lesquels il s'est conformé à cette méthode.

ARTICLE IV. BRULURES. La classification de Dupuytren est surtout utile au point de vue de la thérapeutique. Critique de la méthode du docteur Kentish. Appliquer de bonne heure les réfrigérants sur les brûlures des premiers et deuxième degrés; y recourir aussi dans les brûlure avec escharres, puis favoriser la chute de celle-ci, et ensuite soustraire, autant que possible, les surfaces dénudées au contact de l'air : telle est, en résumé, la thérapeutique rationnelle des brûlures. Le coton ne tarde pas à irriter les parties. Le cérat opiacé produit d'excellents effets. Les chlorures n'ont pas donné des résultats très avantageux. Il est probable qu'on a exagéré les avantages des bandelettes de diachylon. La rareté des pansements est très propre à hâter la guérison. Il est souvent impossible d'éviter les déformations consécutives. La mort peut avoir lieu à quatre périodes différentes (périodes d'irritation — d'inflammation — de suppuration — d'épuisement). Observation de mort par épuisement à la suite d'une brûlure de la jambe droite au troisième degré. DIX-SEPTIEME OBSERVATION. *Brûlure aux pieds au cinquième degré. Pansement avec les réfrigérants opiacés. Guérison.*

ARTICLE V. MALADIES DE L'APPAREIL NERVEUX. 1° *Plaies de tête.* DIX-HUITIEME OBSERVATION. *Plaie à lambeau, étendue. Réunion immédiate. Guérison.* Cette observation pré-

sente une particularité digne d'intérêt, consistant dans le délire qui suivit la commotion. DIX-NEUVIEME OBSERVATION. *Plaie pénétrante de la tête par instrument tranchant. Encéphalite traumatique. Erysipèle. Mort. Réflexions.* La mort eut lieu par suite d'une phlegmasie de la partie anterieure du cerveau. Le coup avait porté sur le pariétal droit. Discussion sur l'opportunité du trépan. L'intelligence peut rester intacte malgré la lésion de l'encéphale. Fait de M. Gama qui le prouve. La science possède des faits beaucoup plus extraordinaires que le précédent. Autre fait de même nature. Autre fait analogue. VINGTIEME OBSERVATION. *Plaie de tête par instrument tranchant. Bandelettes agglutinatives. Menace d'encéphalite. Antiphlogistiques. Guérison.* VINGT-UNIEME OBSERVATION. *Plaie contuse à la région frontale supérieure. Encéphalite commençante. Réunion immédiate. Sangsues en permanence. Guérison.* VINGT-DEUXIEME OBSERVATION. *Plaie contuse à la tête. Encéphalite. Agglutinatifs. Antiphlogistiques. Guérison.* VINGT-TROISIEME OBSERVATION. *Plaie contuse à la partie postérieure de la tête, à la suite d'une chute. Commotion cérébrale. Encéphalite commençante. Antiphlogistiques. Guérison.* Indication sommaire de la méthode suivie par M. Bégin, dans le traitement des plaies de tête, méthode dans laquelle on reconnaît les bases de celle qui a été préconisée par M. Gama. Statistique des trente-sept cas de plaies de tête qui se sont présentés à l'hôpital militaire de Strasbourg, dans une période triennale. VINGT-QUATRIEME OBSERVATION. *Fracture de la colonne vertébrale, produite par une chute. Paraplégie. Guérison.* Il resta, à la suite de la consolidation de la fracture, une saillie assez considérable formée par les apophyses épineuses, et qui empêchait le malade de se tenir entièrement droit. La paralysie du rectum céda beaucoup plus tôt que celle de la vessie, peut-être par suite des lavements irritants que l'on administra de bonne heure. Deux cas de commotion de la moelle épinière suivis de guérison. VINGT-CINQUIEME OBSERVATION. *Inflammation aiguë des articulations des premières vertèbres entre elles et avec l'occipital. Apoplexie. Mort.* La maladie s'annonça avec les caractères du torticolis. L'impossibilité de faire exécuter des mouvements à la tête, sans prendre la précaution de la tenir entre les mains, l'expression particulière de souffrance du visage, caractères signalés par Rust, avaient mis sur la voie. Fait très remarquable de fracture du crâne avec perte de substance de la boîte osseuse et adhérence intime du cerveau avec les téguments. VINGT SIXIEME OBSERVATION. *Hydrophobie spontanée.* La maladie fut caractérisée par l'horreur des liquides, de l'eau en particulier, par des envies de mordre, suivies d'effet une fois sur la personne d'un infirmier. Le sujet était adonné à l'usage des boissons spiritueuses, et venait d'éprouver un violent chagrin. Les antiphlogistiques largement employés furent suivis d'un amendement momentané, mais n'empêchèrent pas la ter-

minaison funeste de la maladie. L'autopsie fit reconnaître une phlogose de la moelle et une violente congestion du cerveau.

Article vi. Corps étrangers. Il y a eu cinq cas de corps étrangers dans l'œsophage. — Deux faits de corps étrangers, situés l'un dans l'articulation tibio-fémorale gauche, l'autre sous l'aponévrose temporale.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — Suite du compte-rendu de la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, par P. Malle, t. XLIII, p. 1.

Article vii. Lésions des organes des sens. 1° *Maladies des yeux.* Observations d'anchilops très-douloureux, qui exigea l'incision. *Ophtalmies.* Elles se présentent sous forme aiguë ou chronique. Feu Béclard employait les antiphlogistiques et les émollients, et ne recourait aux résolutifs qu'à une époque avancée. La guérison se faisait attendre. M. Zinck, en recourant plus tôt aux astringents, obtenait plus de succès. M. Bégin use souvent des opiacés, et réussit presque toujours. Les sangsues sont d'autant plus utiles qu'on les applique plus près de l'œil. Cela est contesté. La saignée générale a été peu employée. Un moyen excellent dans les ophtalmies rebelles, c'est le proto-chlorure de mercure uni à la ciguë. — Vingt-septième observation. *Ophtalmie.* Sujet faible et lymphatique : saignées locales rapprochées ; vésicatoire ; séton. Amélioration, puis récidive. Nouvelles saignées locales ; lavement purgatif. Amélioration suivie encore de récidive. On finit par prescrire les pilules de ciguë et de calomel, jusqu'à quarante, quatre par jour. Les récidives ont eu lieu à l'occasion d'une augmentation dans le régime.—Vingt-huitième observation. *Ophtalmie.* Cette observation a beaucoup de rapport avec la précédente. La guérison arriva pendant la salivation produite par les pilules précitées. La salivation est une révulsion très-puissante et salutaire. Le régime a toujours été très-sévère, même dans les cas d'ophtalmie scrofuleuse. Deux ophtalmies gonorrhéiques furent suivies : l'une de guérison par suite de l'emploi des antiphlogistiques énergiques, des applications froides, et du calomel à haute dose ; l'autre de la perte de l'œil affecté. — Observation d'ophtalmie purulente par l'effet d'un courant d'air. Saignées répétées ; sangsues ; sinapismes ; laudanum ; séton ; guérison. *Cataracte.* Un seul cas. Observation de cataracte opérée par abaissement ; guérison. *Amaurose.* Deux cas à la suite d'accès de rhumatisme. *Hémeralopie.* Affection très-fréquente, presque endémique, à Strasbourg. Rarement les malades restent plus de dix jours à l'hôpital. Collyres au quinquina ; quelquefois saignée : telle a été la méthode de traitement employée.

2° *Maladies des organes de l'olfaction.* — Ulcères de la mem

brane muqueuse nasale. Cette affection est très-rebelle. — VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION. *Ulcérations profondes des parois nasales ; traitements variés ; guérison incomplète.* — TRENTIÈME OBSERVATION. *Ulcères et destruction d'une partie des parois nasales ; guérison.*

ARTICLE VIII. MALADIES DE L'APPAREL DE LA CIRCULATION.

§ 1er. Plaies du cœur. — TRENTE-UNIÈME OBSERVATION. *Plaie du cœur par suite de la pénétration d'un fragment de bois d'un fusil qui a éclaté; mort presque soudaine.* — TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION. *Fragment de bois implanté dans le cœur, et provenant aussi de l'éclatement d'un fusil.* La blessure fut faite le 28 mars, et le sujet ne succomba que le 15 mai. Un moment les symptômes alarmants disparurent complétement. Un érysipèle a hâté, sinon déterminé la mort. La douleur derrière le sternum, l'irrégularité du pouls, les menaces de syncope et de lypothimie, et, plus tard, le bruit de souffle, ne laissèrent pas de doute que le cœur ne fût lésé. En note, un cas de plaie du cœur par instrument piquant, suivie promptement de la mort. La rapidité de la mort est en rapport avec celle de l'épanchement. Après les hémorrhagies, ce que l'on a le plus à redouter dans les plaies du cœur, c'est la péricardite.

§ 2. *Plaies des artères.* — TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION. *Coup de sabre à l'avant-bras : division de l'artère cubitale ; anévrysme traumatique. Ligature de la cubitale au tiers moyen. Guérison.* — TRENTE-QUATRIEME OBSERVATION. *Coup de sabre près de l'articulation radio-carpienne droite, avec lésion de l'artère radiale ; compression suivie de succès.* — On doit réserver l'usage de la compression pour les cas dans lesquels l'artère lésée a un point d'appui solide. Dans la plupart des cas, la ligature est seule applicable. — TRENTE-CINQUIEME OBSERVATION. *Anévrysme traumatique, suite d'un coup de sabre à la partie antérieure, moyenne et latérale du cou. Ligature de l'artère carotide primitive. Guérison.* La méthode d'Anel, consistant dans une seule ligature, placée entre la lésion et le cœur, doit être préférée généralement à l'ancienne méthode, dans laquelle, après avoir mis à découvert la plaie artérielle, on met deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la lésion.

§ 3. *Lésions des veines.* — TRENTE-SIXIEME OBSERVATION. *Varices volumineuses aux jambes, traitées sans succès par la ligature.* La ligature, soit simple, soit sur un corps étranger, ne guérit pas aussi sûrement qu'on a voulu le dire. On est obligé quelquefois, après avoir lié la veine au-dessus de la varice, de la lier au-dessous, et encore on peut échouer. L'incision est plus dangereuse que la ligature. Du reste, la réserve des chirurgiens qui ne se hasardent pas à faire des opérations dans le cas de varice, est facile à justifier.

§ 4. *Phlébite et résorption purulente.* Sur onze cas de phlébite, il y en a neuf suite de saignée, et deux suite de fracture

comminutive. Dans aucun de ces onze cas, il n'y a eu de symptômes de résorption purulente. Le traitement a consisté toujours dans l'application de sangsues, de cataplasmes ou de fomentations émollientes, et dans un régime sévère. Dans deux cas, la plaie de la saignée s'était cicatrisée, au moment où les symptômes se produisirent. L'auteur ne croit guère à l'absorption du pus. Toutefois, dans les deux observations suivantes, il fut impossible de découvrir la moindre trace d'inflammation dans les veines. — TRENTE-SEPTIEME OBSERVATION. *Extirpation d'une tumeur ganglionnaire à l'aisselle; résorption purulente. Mort.* — TRENTE-HUITIEME OBSERVATION. *Entorse suivie d'inflammation vive, d'abcès et de résorption purulente. Mort.* — Remarques sur les faits précédents et sur le mécanisme de la pyohémie. Aucune théorie exclusive n'en peut donner l'explication rigoureuse. Le traitement ne peut être établi que sur les phénomènes les plus saillants, tels que les frissons, les saburres, le délire, etc.; aussi est-il incertain et arbitraire.

§ 5. *Anémie.* — TRENTE-NEUVIEME OBSERVATION. *Anémie générale; abcès multiples, séro-purulents à la face et sur diverses parties du corps. Mort.* L'existence d'un grand nombre d'abcès chez un homme, d'ailleurs anémique, donne à cette observation un caractère particulier, et porte à se demander si, avant son entrée au service, le sujet n'aurait pas contracté le farcin chronique.

ARTICLE IX. MALADIES DE L'APPAREIL LYMPHATIQUE.

§ 1er. *Tuméfaction des ganglions.* Les maladies de l'appareil lymphatique sont très communes à Strasbourg. Les engorgements ganglionnaires reconnaissent presque toujours pour cause le froid humide ou une cause locale. Leur siége varie. Il est rare de les voir se résoudre. L'extirpation est le meilleur remède à leur opposer. Préceptes relatifs à cette opération. L'opération terminée, il ne faut pas remplir le vide laissé par la tumeur. — QUARANTIEME OBSERVATION. *Engorgement ganglionnaire de l'aisselle; extirpation. Guérison.* — QUARANTE-UNIEME OBSERVATION. *Adénite axillaire; extirpation; hémorrhagie; tamponnement. Guérison tardive.* Sur trente cas d'extirpation la guérison a toujours été obtenue. Autre moyen de traitement : on incise les ganglions (il faut pour cela qu'ils soient suppurés), puis on y introduit un peu de charpie imbibée de nitrate acide de mercure.

§ 2. *Thyroïdite.* — *Goître.* Un certain nombre de militaires ont contracté cette maladie. Les causes sont inconnues; le traitement est incertain, à cause de l'ignorance où l'on est de la variété anatomique à laquelle on a à faire. Sur quarante-quatre goîtres avec tension, sentiment de plénitude, embarras et douleur au cou, traités par les évacuations sanguines locales et les applications émollientes, trente ont cédé à ce traitement dans une moyenne de trente-sept jours, quatre ont guéri imparfaitement, et dix n'ont

éprouvé aucune amélioration. L'iode n'a pas donné de résultats avantageux. — QUARANTE-DEUXIEME OBSERVATION. *Extirpation d'un goître globuleux; accident remarquable après l'opération. Guérison.* L'accident dont il est question consiste dans une apoplexie thyroïdienne qui donna lieu, aussitôt après l'opération, à une intumescence énorme du cou par suite de laquelle l'opéré faillit périr asphyxié. L'extirpation a tué plus de goîtreux qu'elle n'en a guéri; et, à moins qu'il ne s'agisse d'un goître *partiel*, il ne faut la tenter que dans le cas d'absolue nécessité.

— ARTICLE X. — LÉSIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — § 1er. *Plaies pénétrantes de poitrine.* — QUARANTE-TROISIEME OBSERVATION. *Plaie pénétrante de poitrine; crachement de sang; saignée copieuse*, prompte guérison. — QUARANTE-QUATRIEME OBSERVATION. *Plaie pénétrante de poitrine par instrument tranchant (coup de sabre); division des cartilages des trois dernières vraies côtes; réunion par première intention; épanchement. Guérison.* On donna issue au liquide qui formait l'épanchement en réséquant une portion de l'un des cartilages divisés, et en pratiquant ainsi une sorte de thoracentèse au lieu de nécessité. — QUARANTE-CINQUIEME OBSERVATION. *Coup de sabre pénétrant entre la quatrième et la cinquième côtes du côté droit; épanchement; menace de suffocation; convalescence. Mort prompte à la suite d'un effort. Autopsie: lésion de l'artère intercostale; épanchement considérable dans la poitrine.* Le vaisseau avait été divisé dans un peu plus du tiers de sa circonférence. Il y avait à peu près 4 litres 1|2 de sang dans la plèvre droite. Le poumon était réduit au plus petit volume; il offrait une cicatrice superficielle. Le second épanchement eut lieu deux mois après la blessure — QUARANTE-SIXIEME OBSERVATION. *Plaie pénétrante de poitrine par instrument piquant; convalescence; épanchement consécutif. Guérison.* — QUARANTE-SEPTIEME OBSERVATION. *Plaie de poitrine par arme à feu; accidents graves; opération de l'empyème. Mort.* La balle avait traversé le sommet du poumon gauche, qui, à l'autopsie, fut trouvé hépatisé. Une collection de pus s'étant formée dans le côté correspondant du thorax, on fit l'empyème. A peine les gaz et le pus s'étaient-ils fait jour à l'extérieur, que tout à coup le blessé fut pris d'une impossibilité absolue de dilater la poitrine; il faillit étouffer. La respiration se rétablit. — QUARANTE-HUITIEME OBSERVATION. *Pleurésie aiguë terminée par suppuration; opération de l'empyème. Guérison.* L'opération fut suivie de l'affaissement du côté de la poitrine correspondant à l'épanchement, de la diminution des espaces intercostaux et du rétrécissement des côtes. La pleurésie avait été la suite d'un refroidissement. — QUARANTE-NEUVIÈME OBSERVATION. *Pleurésie suivie d'épanchement; opération d'empyème. Guérison.* (En note), Résumé d'une observation dans laquelle on pratiqua l'opération de l'empyème, pour un hydrothorax. Une quantité énorme de sérosité s'écoula par la canule, et le bruit

respiratoire fut entendu immédiatement après. Mais, dans la nuit, un énorme épanchement séreux se reproduisit (plus de 8 litres), et le malade succomba. D'après M. R. Faure, l'opération de l'empyème offre d'autant plus de chances de succès qu'on la pratique à une époque plus rapprochée de celle de la formation de l'épanchement. Remarques sur différents points relatifs à cette observation, notamment sur la question de savoir s'il convient de retirer tout ou partie du liquide; sur les effets de l'introduction de l'air dans la plèvre et sur les injections.—CINQUANTIEME OBSERVATION. *Contusion du thorax et du rachis; pneumo-thorax. Guérison.* Il paraît que. dans ce cas, la lésion du poumon s'est faite par suite de l'énorme pression qu'il a supportée, et sans fracture costale. L'irritation aura promptement fermé les cellules rompues et arrêté ainsi le pneumo-thorax à sa source. Le conseil d'Hewson, d'ouvrir la poitrine pour donner issue à l'air épanché dans la plèvre, est irrationnel. Le mieux est d'attendre et de recourir aux antiphlogistiques. — CINQUANTE-UNIEME OBSERVATION. *Abcès froid au sternum, carie superficielle. Guérison.* On a ouvert l'abcès, et appliqué des moxas à la circonférence du foyer; puis on a cautérisé avec le fer rouge la portion d'os cariée qui s'est couverte de bourgeons charnus et cicatrisée deux mois après la cautérisation. — CINQUANTE-DEUXIEME OBSERVATION. *Abcès sous-pleuraux tuberculeux; carie et nécrose d'une des pièces du sternum. Extraction d'une portion considérable de cet os. Mort subite. Autopsie.* A travers l'ouverture faite au sternum, et qui n'avait guère moins de quatre centimètres d'étendue en hauteur, on voyait battre très-distinctement le cœur, qui soulevait avec force le péricarde. Il y avait des tubercules dans les os, sous la plèvre, dans le mésentère, et il n'y en avait pas dans les poumons. — CINQUANTE-TROISIEME OBSERVATION. *Abcès sous-pleuraux; carie des dixième et onzième côtes. Abcès du poumon simulant un abcès du médiastin. Mort.* La tumeur avait son siége primitif au sommet du poumon gauche; le foyer, ayant acquis un volume considérable, avait fait saillie à l'extérieur et avait fini par se faire jour dans les bronches et donné lieu à une abondante expectoration de pus. Réflexions sur les abcès de la poitrine en général. (En note), Observation d'un militaire chez lequel on pratiqua la trépanation du sternum et qui succomba le troisième jour de l'opération.

§ 2. *Lésions du larynx.* Observation d'aphonie simulée. — CINQUANTE-QUATRIÈME OBSERVATION. *Croup chez un sujet adulte, mort le quatrième jour.* Les fausses membranes s'étendaient à la totalité des canaux respiratoires dont elles obstruaient les dernières divisions. On avait pratiqué la laryngotomie. Chose remarquable, il n'y avait pas de toux. — CINQUANTE-CINQUIEME OBSERVATION. *Croup chez l'adulte. Guérison.* Le traitement consista dans l'emploi des antiphlogistiques, des gargarismes hydrochloriques, des pédiluves sinapisés; dans la cautérisation avec

le nitrate d'argent, dans l'administration de vomitifs, et enfin des mercuriaux (onguent mercuriel en onctions; calomel à l'intérieur, à dose fractionnée). Remarques sur les deux observations précédentes.

Article xi. Maladies de l'appareil digestif. — § Ier. *Lésions de la bouche.* — Cinquante-sixieme observation. *Tuméfaction cancériforme de la lèvre supérieure, ablation par une section semi-lunaire. Guérison.* Il résulta d'abord de l'opération une solution de continuité assez considérable; mais la lèvre s'abaissa insensiblement, et à peine s'apercevait-on qu'une partie de l'organe eut été enlevée. — *Stomatites.* Elles sont très-communes à Strasbourg. Elles sont simples ou aphteuses (aphtes érythémateux, couenneux, ulcéreux). Traitement : nettoiement des dents; adoucissants; régime sévère; quelquefois cautérisation avec le nitrate d'argent. — *Salivation mercurielle.* Elle est quelquefois horriblement douloureuse, surtout lorsque la langue est tuméfiée. Il s'en faut qu'il soit toujours possible d'arrêter son développement. Traitement. Moyenne de durée, 12 à 15 jours. Rarement les individus qui ont été atteints de salivation mercurielle en sont atteints une seconde fois. — Cinquante-septieme observation. *Gangrène de la partie interne de la bouche. Mort. Autopsie.* On employa comme moyen thérapeutique essentiel la cautérisation avec le fer rouge. L'affection était survenue à la suite de symptômes typhoïdes. — Parallèle de ce fait avec les faits analogues que la science possède. — Faut-il attribuer la rapidité de la mort à l'ingestion des miasmes avec la salive? — Il faut se défier des stimulants généraux comme moyen de traitement.—Deux cas de guérison par le cautère actuel. Après la guérison, il resta pendant longtemps un état d'extrême prostration.

§ 2. *Plaies de l'abdomen.* — Cinquante-huitieme observation. *Plaie par piqûre; accidents inflammatoires intenses. Mort.* La blessure avait été faite par un fleuret. Le muscle droit avait été traversé, et la ligne blanche éraillée. Du reste, pas de lésion des viscères ni même du péritoine, qui n'était aucunement phlogosé. — Deux cas dans lesquels un épanchement stercoral était circonscrit par des adhérences péritonéales.

§ 3. *Hernies étranglées.* Rares dans les hôpitaux militaires. Trois cas d'opération; guérison dans les trois cas. Dans l'un, la hernie se forme et s'étrangle en même temps : il y avait deux étranglements. Dans un autre cas, l'intestin adhérait au testicule.

Article xii. Maladies des organes génito-urinaires. — § 1. Cinquante-neuvieme observation. *Maladie de Bright. Mort.* Le malade était mieux, lorsqu'il fut pris d'un érysipèle de la face qui l'enleva. Les reins étaient hypertrophiés et granuleux.

§ 2. *Hydrocèle.* Douze cas en quatre ans. M. Bégin considère l'injection comme la méthode générale. Il faut se préoccuper attentivement de la position du testicule. — Soixantieme observation. *Hydrocèle traitée deux fois par injection, puis par*

incision. Guérison. Il y eut des accidents fort graves à la suite de l'incision, et la vie du sujet fut compromise. Circonstance remarquable, le testicule adhérait à la vaginale pariétale, et peu s'en fallut qu'on ne le divisât. — L'injection vineuse a réussi toutes les fois qu'elle a été employée. Une seule fois un abcès se forma dans les tuniques externes du scrotum. Les injections iodées n'ont pas été essayées. — Trois cas d'hydrocèle enkystée du cordon; dans l'un de ces cas la maladie simulait une hernie. M. Bégin, dans cette espèce d'hydrocèle, préfère l'incision à l'injection; après l'incision, on met un peu de charpie dans la cavité séreuse. Deux fois l'opération réussit parfaitement; la troisième fois elle fut suivie d'accidents généraux graves, et donna lieu à une orchite et à la formation de trois abcès dans les tuniques externes; néanmoins le malade guérit.

§ 3. *Orchite.* S'est montrée très-fréquemment. Le nombre s'en est élevé à soixante-quinze pendant trois ans. Il s'agit d'orchites non blennorrhagiques. Quarante siégeaient à droite, vingt-cinq à gauche, dix étaient doubles; dix-sept étaient chroniques, cinquante-huit aiguës. La durée moyenne du traitement a été de dix-huit jours (forme aiguë). Le traitement de l'orchite aiguë a été presque exclusivement antiphlogistique. Les sangsues ont été placées presque toujours à la partie postérieure du scrotum. Les bains doivent être tièdes et prolongés. Le régime doit être sévère. On n'a pas eu à se louer des purgatifs. Dans la forme chronique on a employé les sangsues en petit nombre, à intervalles assez rapprochés, les onctions mercurielles ou iodurées, les bains, les pilules de ciguë et de calomel. La salivation et la diarrhée hâtent la résolution. La compression n'a pas réussi dans les orchites blennorrhagiques, et n'a pas été essayée dans les autres.

§ 4. *Sarcocèle.* Pour M. Bégin, le sarcocèle n'est que l'orchite chronique dégénérée. Quinze castrations ont été pratiquées pour des cas de ce genre. Il y a eu sur ce chiffre onze sarcocèles tuberculeux, quatre cancéreux. La matière tuberculeuse était déposée sous forme de tumeurs. Dans tous les cas la dégénérescence tuberculeuse a commencé par l'épididyme. — Remarques sur l'opportunité de l'opération, sur l'anatomie pathologique du testicule tuberculeux, sur le cancer du testicule. — Observation succinte d'un cas dans lequel la dégénérescence cancéreuse affectait, outre le testicule, un grand nombre de parties, y compris le mésentère. Il n'est pas toujours facile de constater l'existence des masses encéphaloïdes internes qui accompagnent quelquefois la dégénérescence testiculaire : le cordon testiculaire peut être sain dans ces sortes de cas.—Observation qui le prouve.—Aucun des opérés de la castration n'a succombé. — Procédés opératoires qui ont été suivis dans les cas indiqués. — Faut-il lier le cordon en masse, ou les artères isolément? L'avantage doit rester à la ligature partielle. La constriction exercée sur des filets nerveux peut

déterminer des phénomènes nerveux promptement mortels. Béclard et M. Zinck incisaient sur un pli de la peau. M. Bégin incise directement. Deux fois il a fallu enlever une ellipse de téguments, qui étaient altérés. Une fois seulement la réunion immédiate a été essayée. — OBSERVATION SOIXANTE-UNIEME. *Gangrène totale du scrotum. Guérison du sujet.* La gangrène se manifesta au déclin d'une gastro-entéro-cephalite (fièvre typhoïde). Le malade fut soumis à un traitement tonique modéré. La perte de substance se répara aux dépens de la peau des cuisses attirée vers le scrotum par la force de cicatrisation.

§ 5. *Rétrécissement de l'urètre.* Béclard les traitait par la dilatation; on essaya plus tard la cautérisation. M. Bégin a eu recours à l'incision. Depuis 1824, il y a eu dix-neuf cas de rétrécissement, dont dix-sept organiques et deux spasmodiques. Dix des dix-sept organiques étaient situés en arrière du bulbe, quatre entre le bulbe et le méat, trois au méat. — SOIXANTE-DEUXIÉME OBSERVATION. *Rétrécissement organique; cautérisation étendue. Guérison.* — SOIXANTE-TROISIÈME OBSERVATION. *Deux rétrécissements organiques, situés, l'un à un pouce du méat et l'autre au-delà du bulbe; cautérisation suivie de guérison en vingt jours,* SOIXANTE-QUATRIÈME OBSERVATION. *Rétrécissement organique; cautérisation. Guérison.* — SOIXANTE-CINQUIEME OBSERVATION. *Rétrécissement spasmodique; cautérisation suivie d'accidents; antiphlogistiques. Guérison.* — SOIXANTE-SIXIEME OBSERVATION. *Rétrécissement organique à trois pouces, incision par l'urétrotome. Guérison.* Il existait à la partie moyenne de la verge une induration noueuse, indolente, longue de près d'un pouce. On divisa les parties indurées à l'aide de l'urétrotome de M. Amussat. Il fallut y procéder à deux reprises. La dilatation acheva la guérison.—Remarques sur le traitement des rétrécissements. La dilatation est utile après la cautérisation. Les grandes cautérisations ne sont pas plus dangereuses que les autres. M. Bégin a toujours eu à se louer de l'urétrotome. Il ne l'a jamais appliqué qu'en avant du bulbe. On pourrait associer la cautérisation et l'incision. A part les moyens directs, M. Bégin prescrit les antiphlogistiques. Après la guérison, le sujet doit introduire de temps à autre des bougies. Quant aux rétrécissements spasmodiques, ils réclament un régime adoucissant, prolongé. Il est sage d'exclure les laxatifs, s'ils provoquent plusieurs selles, attendu que la diarrhée, dans ces sortes de cas, est plus préjudiciable que la constipation. Pour les rétrécissements du méat, il n'existe qu'un moyen de guérison : l'incision, puis la dilatation.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — Suite et fin du compte rendu de la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, par M. P. Malle, t. XLIV, p. 1.

— Article xiii. — Maladies des articulations. — § 1er. *Entorses.* Maladie fréquente à l'hôpital de Strasbourg ; traitée différemment par les divers chirurgiens qui s'y sont succédé. Beclard et d'autres préféraient les applications de sangsues et de cataplasmes aux répercussifs. Ceux-ci doivent réussir là où les vaisseaux sanguins sont rares , et où il suffit de repousser le sang. Plus de quarante-huit entorses ont été traitées d'après ce principe, avec un succès constant. Sur ces quarante-huit entorses, trente-cinq existaient à l'articulation du pied ; onze au poignet ; deux à l'articulation fémoro-tibiale. Plusieurs étaient très compliquées. Il faut cesser l'emploi du froid lorsque les douleurs, qui avaient été apaisées , reparaissent. Cinq fois sur les quarante-huit cas une application préalable de sangsues fut nécessaire. La guérison a eu lieu , terme moyen , du vingt-huitième au trente-deuxième jour. La méthode répercussive est applicable également aux entorses chroniques. Dans les entorses du pied on applique le bandage en huit de chiffre ; il ne faut pas faire de circulaires autour des malléoles. Le repos de la partie est indispensable ; le régime doit être surveillé. — Soixante-septieme observation. *Entorse grave du pied; réfrigérants ; guérison.* — Soixante-huitieme observation. *Entorse du pied avec ecchymoses jusque sur le tiers supérieur de la jambe; réfrigérants. Guérison.*

§ 2e. *Luxations.* Elles ont été assez fréquentes.—Soixante-neuvieme observation. *Luxation scapulo-humérale sous-coracoïdienne. Réduction.* Le déplacement eut lieu par suite d'une chute sur la partie postérieure et supérieure du bras. La réduction fut opérée d'après le procédé ordinaire. On appliqua ensuite le bandage des fractures de la clavicule. Les mouvements se rétablirent au bout de quelques jours. — Soixante-dixieme observation. *Luxation scapulo-humérale.* La tête de l'humerus s'était portee dans l'aisselle, à la suite d'une chute de cheval sur le bras, le coude écarté du corps ; cette luxation fut réduite avec facilité, malgré le gonflement et la douleur. Guérison. — Soixante-onzieme observation. *Luxation scapulo-humérale sous-scapulaire.* Chute violente dans un escalier. On ne sent pas la tête osseuse dans le creux axillaire ; elle est située plus profondément. Réduction par le procédé ordinaire. Les mouvements restent pendant assez longtemps douloureux et difficiles. — Soixante-douzieme observation. *Luxation scapulo-humérale en bas.* Chute de quinze pieds de haut environ. La tête est placée au-dessous de la cavité glénoïde , et un peu dans le creux axillaire. Elle jouit d'une mobilité extraordinaire. Réduction facile par le procédé ordinaire. Ventouses scarifiées à cause du gonflement. Bandage compressif qu'on lève tous les jours pour prevenir l'ankylose. Au bout de trois mois le malade souffrait encore. La mobilité extrême de la tête osseuse est donnée comme une preuve de la luxation en bas. Des expériences faites par MM. Bégin et

Malle, prouvent que la position de la tête de l'os est commandée par l'endroit où se déchire la capsule. — SOIXANTE-TREIZIEME OBSERVATION. *Luxation de l'extrémité inférieure du cubitus.* Chute sur l'avant-bras. Le cubitus fait saillie en avant et repousse les muscles fléchisseurs en dehors. Réduction avec les deux mains de l'opérateur, le bras du patient étant soutenu. Longtemps les luxations de l'extrémité inférieure du cubitus ont été niées. Dupuytren en a vu deux cas, Boyer un, M. Malle en avait déjà vu un en 1827. — SOIXANTE-QUATORZIEME OBSERVATION. *Luxation du poignet en avant; commotion suivie de mort le treiziéme jour.* A l'autopsie on trouva une déchirure du cerveau; celui-ci était anémié, de même que le poumon. On constata positivement que les surfaces articulaires du poignet avaient été déplacées; l'extrémité inférieure du radius était intacte. La réduction avait été assez difficile, malgré l'insensibilité presque complète du blessé. — SOIXANTE-QUINZIEME OBSERVATION. *Luxation du fémur en haut et en dehors.* Chute, le membre étant porté avec violence dans l'adduction. On pratique la réduction par le procédé ordinaire. L'articulation resta douloureuse pendant plus d'un mois. — SOIXANTE-SEIZIEME OBSERVATION. *Luxation du pied en arrière; fracture du péroné. Guérison.* Chute sur le pied projeté en avant pour donner un coup de pied. Raccourcissement de la partie antérieure du pied; allongement extrême de la partie postérieure, etc.; mobilité de l'extrémité inférieure du péroné; vives douleurs. Réduction, la jambe fléchie, la cuisse fixée, par le procédé ordinaire. Réfrigérants. La guérison était parfaite le quarante-deuxième jour.

§ 3. *Plaies des articulations et arthrites.* SOIXANTE-DIX-SEPTIEME OBSERVATION. *Coup de sabre au poignet gauche; ouverture de l'articulation; réunion immédiate; réfrigérants; bandage approprié. Guérison.* — SOIXANTE-DIX-HUITIEME OBSERVATION. *Plaie pénétrante de l'articulation du coude par instrument tranchant; antiphlogistiques. Guérison sans accidents.* L'olécrâne séparé de l'humérus ne tenait plus que par quelques fibres tendineuses, et était remonté de trois lignes. L'avant-bras fut placé dans l'extension presque complète, et la plaie réunie. Guérison le quarante-huitième jour, avec conservation des mouvements. — SOIXANTE-DIX-NEUVIEME OBSERVATION. *Plaie pénétrante de l'articulation du genou; accidents graves. Guérison.* Coup de sabre. La plaie a huit centimètres de longuehr environ. Réunion. Attelle postérieure. Réaction locale et générale. Symptômes gastriques. Saignées; sangsues et ventouses scarifiées au genou; sangsues à l'épigastre. Deux abcès consécutifs. Guérison avec ankylose. QUATRE-VINGTIEME OBSERVATION. *Plaie d'arme à feu dans l'articulation du coude; accidents. Guérison avec ankylose.* On enlève les pièces d'os isolées et des portions de vêtement. Saignées répétées; sangsues. Étranglement. On débride. L'effet est merveilleux. Réaction gastrique à la suite d'une imprudence

dans le régime, et aggravation subite des accidents locaux, qui s'apaisent, grâce aux mêmes moyens. Plus tard accès de colère, et par suite vomissements opiniâtres qu'on a de la peine à arrêter. Les applications froides continues sont extrêmement efficaces. Pourtant elles ne sont pas exemptes d'inconvénients : le malade est mouillé, refroidi ; si la réaction survient, elle est d'autant plus vive que le froid a agi plus fortement. Les plaies doivent être recouvertes de plusieurs morceaux de *diachylum* superposé. On ne saurait aujourd'hui poser en principe la nécessité absolue de l'amputation à la suite des plaies pénétrantes des articulations par armes à feu. Quand il y a du pus dans un article, il faut lui donner issue par de larges incisions. A la fin du traitement, la compression peut être utile, à condition qu'elle ne soit pas douloureuse.

§ 4. *Rhumatisme articulaire.* Le traitement de cette affection ne diffère pas, sauf les applications froides, de celui de l'arthrite traumatique. L'identité de nature de l'arthrite rhumatismale et de l'arthrite traumatique est loin d'être admise par tous. Vingt-trois cas de cette maladie ont été observés pendant la période indiquée. Une seule cause paraît avoir agi d'une manière efficace : le froid humide. Le traitement a été antiphlogistique. On a surtout insisté sur les saignées locales. La durée du traitement a été de vingt-un à vingt-cinq jours pour les arthrites générales les plus intenses ; de dix-huit à vingt-un pour les inflammations de deux ou trois articulations ; de quinze à dix-huit pour les arthrites du poignet, des mains et des pieds. — QUATRE-VINGT-UNIEME OBSERVATION. *Rhumatisme articulaire général. Endocardite.* Deux saignées générales. Cent-cinquante sangsues et trente-six ventouses scarifiées. *Guérison le vingt-troisième jour.* — Remarques : la mobilité du rhumatisme articulaire n'empêche pas que ce soit une inflammation. Ne voit-on pas l'arthrite rhumatismale se terminer par suppuration. En note : cas observé par l'auteur et dans lequel on trouva du pus dans toutes les grandes articulations. Autre cas de même nature.

§ 5. *Hydropisie des bourses synoviales.* Il s'en est présenté trois cas : deux au genou, une au coude. Dans les trois cas, le traitement a consisté dans l'incision : des accidents graves ont toujours eu lieu, et une fois la mort. — QUATRE-VINGT-DEUXIEME OBSERVATION. *Hydropisie de la bourse synoviale placée au devant de la rotule; incision; accidents. Mort.* L'opération fut pratiquée le 8 mars ; le 4 avril se manifestèrent les premiers symptômes de la fièvre typhoïde à laquelle le sujet a sucombé.

§ 6e *Lésions des tendons.* QUATRE-VINGT-TROISIEME OBSERVATION. *Division du tendon d'Achille. Guérison sans substance intermédiaire.* Le tendon fut divisé immédiatement au-dessus de son insertion par un morceau d'un vase de terre. On mit le pied en situation, et l'on appliqua un appareil convenable. La gaîne du tendon s'enflamma et suppura. La guérison n'eut pas moins

lieu, comme il a été dit, bout à bout. — M. Bégin obtint un succès non moins complet dans un autre cas, par les mêmes moyens.

— Article xiv. Fractures. — Depuis quatre ans, on n'a employé que l'appareil inamovible de Larrey, modifié dans le traitement des fractures. Description de cet appareil et des modifications que M. Bégin lui a fait subir. Après le pansement, les indications générales sont remplies. Au besoin, on arrose le bandage. Il faut s'assurer, avec une sollicitude constante, de ce qui se passe sous l'appareil. A quelle époque doit-on faire la réduction? Faut-il y procéder dans tous les cas, même celui d'étranglement et d'inflammation? Dupuytren s'est prononcé pour l'affirmative. M. Bégin distingue dans le gonflement qui succède aux fractures, comme aux entorses et aux luxations, deux périodes bien différentes : dans l'une, le gonflement est congestionnel; dans l'autre, il est inflammatoire. Dans le premier cas, il procède sans différer à la réduction des luxations et fractures, ou à l'application du bandage à entorse; dans le second, il temporise, le moins possible toutefois. Si l'on attendait la chute complète des accidents (8 à 10 jours), des obstacles insurmontables s'opposeraient peut-être à la réduction. Il lui est arrivé souvent de faire pratiquer une saignée générale et une saignée locale au moyen de sangsues, puis de réduire quand les piqûres commençaient à ralentir leur écoulement. Dans certains cas de gonflement énorme et de douleurs cruelles, il n'y a pas de choix, la réduction immédiate est absolument impossible. — Cas de ce genre : Guérison avec raccourcissement. — Dans les fractures compliquées, on se conforme aux préceptes de Larrey : Débridement, s'il y a lieu; ligature des vaisseaux ouverts; extraction des pièces d'os isolées *ou seulement vacillantes*; application de l'appareil inamovible. — Premiers soins à donner aux sujets atteints de fracture, et précautions à prendre pour les transporter et pour les coucher. On peut se passer de lits mécaniques, à la condition d'avoir des lits propres et peu affaissables. — Soixante-quatre fractures ont été reçues à l'hôpital de Strasbourg dans l'espace de quatre ans; savoir :

Fractures des membres supérieurs :	de la clavicule	7
	du bras	6
	de l'avant-bras	5
	du 4e métacarpien	1
	de la phalange du pouce	1
		20
Fractures des membres inférieurs.	de la cuisse	7
	de la jambe	14
	de la rotule	5
	du péroné	18
		44

A. *Fractures de la clavicule* : Sur les sept fractures de cet os, il y en avait 3 de la partie moyenne, 2 du tiers interne et 2 du tiers externe. 6 par cause indirecte; 1 par cause directe. On a substitué au bandage de Desault, employé à Strasbourg du temps de Béclard, un appareil beaucoup plus simple. B. *Fractures du bras.* Elles se répartissent ainsi : Du col anatomique, 2; du col chirurgical, 1; du tiers moyen, 2; du tiers inférieur, 1. Dans l'un des cas de fracture du col anatomique, la lésion simulait à s'y méprendre une luxation. — Appareil pour la fracture de la partie supérieure; — pour celle de l'extrémité inférieure.— C. *Fractures de l'avant-bras* : Des deux os, 2; du cubitus, 1; du radius, 2. M. Bégin attache une grande importance à prolonger les attelles antérieure et postérieure jusqu'au-delà de l'extrémité des doigts, afin de maintenir la main immobile, et avec elle le fragment inférieur. Dans les fractures d'un seul os, il incline la main sur le bord opposé du membre au moyen de tours de bandes obliques, remplaçant l'attelle recourbée de Dupuytren. Il recommande au malade de ne pas comprendre la main dans l'écharpe destinée à soutenir l'avant-bras. D. *Fractures du fémur* : Du col, 2; du tiers supérieur, 1; du tiers moyen, 3; au-dessus des condyles, 1. Trois autres exemples de fractures du col du fémur avaient été observés avant l'arrivée de M. Begin. Sur le chiffre total de ces fractures (5), aucune n'a eu lieu par suite de chute sur le grand trochanter : un des malades continua à marcher après la chute. Une fois, le pied était tourné en dedans : la fracture, intra-capsulaire, était dirigée de dehors en dedans, et d'arrière en avant, en sorte que la pointe du fragment inférieur se trouvait en avant, et celle du fragment supérieur en arrière. Dans un cas de fracture intra capsulaire, les caractères présentés pendant la vie étaient ceux désignés par A. Cooper, comme propres à la fracture extra-capsulaire. — La fracture intra-capsulaire peut-elle se consolider à l'aide d'une substance osseuse? — Feu Béclard se servait exclusivement du bandage de Desault; M. Bégin emploie plus volontiers le double plan incliné de Dupuytren. — Inconvénients de ce dernier mode de traitement. — Il s'est présenté un cas de fracture au-dessus des condyles, très-près de l'articulation du genou. Dans les cas de ce genre, le plan incliné est supérieur à tout autre appareil. E. *Fractures de la rotule.* La possibilité de la consolidation osseuse a été constatée par des faits. — Cas de consolidation immédiate.— Dans l'appareil adopté par M. Bégin, une large bande d'emplâtre agglutinatif enveloppe à la fois l'attelle postérieure (dûment matelassée) et les compresses épaisses placées au-dessus et au-dessous de la rotule. Le précepte d'A. Cooper, de ne pas appliquer le bandage dans les premiers jours, n'est pas fondé. — Cas de fracture de cet os avec large ouverture de l'articulation, suivi de guérison.—F. *Fractures de la jambe.* Elles ont été nombreuses et graves. C'est dans le traitement de ces fractures que

l'appareil inamovible a montré tout ce qu'on pouvait attendre de lui. Dans les fractures du péroné, M. Bégin emploie l'appareil de Dupuytren. Sur 18 fractures du péroné, 12 ont eu lieu par adduction forcée, 6 par abduction forcée; 13 à gauche, 5 à droite; 14 environ à 5 centim.; et 4 à moins de 4 centim. au-dessus de la malléole. La durée du traitement a été de 30 à 36 jours. — QUATRE-VINGT-QUATRIEME OBSERVATION. — *Fracture comminutive des deux os de la jambe. Accidents graves. Appareil inamovible. Guérison.* — QUATRE-VINGT-CINQUIEME OBSERVATION. — *Fracture comminutive de la jambe, avec plaie. Application de l'appareil inamovible. Phlébite; suppuration; incision; réapplication de l'appareil. Guérison.* La plupart des fractures compliquées de plaies ont guéri comme si elles avaient été simples. On n'a jamais fait marcher les sujets atteints de fractures. L'appareil inamovible a été appliqué, à l'hôpital de Strasbourg, aux luxations réduites, au traitement des tumeurs blanches, etc. — Remarques sur les trois principales méthodes de traitement des fractures, propositions et préceptes sur l'application de l'appareil inamovible.

ARTICLE XV. AMPUTATIONS. De 1827 à 1832 (M. Béclard), ont été pratiquées deux amputations decuisse; deux amputations de jambe; trois amputations de phalanges. Sur sept amputations, il y a eu six guérisons et un mort. En 1833 (M. Zinck), ont été pratiquées deux amputations de cuisse; *id.* de jambe; *id.* de phalanges (deux morts). Depuis la fin de 1833 jusqu'au commencement de 1837, ont été pratiquées: cinq amputations de cuisse; neuf de la jambe; une du pied, suivant la méthode de Chopart; trois du gros orteil; deux du second orteil; une du premier métatarsien; quatre de l'avant-bras; deux du pouce; huit des phalanges. Aucun des amputés n'a succombé du fait même de l'opération. La plupart de ces opérations ont été faites pour des arthropathies chroniques. Jamais on n'a trouvé les cartilages altérés. Le malade opéré suivant la méthode de Chopart marcha plus tard avec une grande facilité. En général, quand il n'y a pas nécessité absolue d'agir autrement, M. Bégin attend que le malade qui doit subir une amputation soit habitué au séjour de l'hôpital. Il emploie la ligature à l'exclusion de la torsion. Dans l'amputation de la jambe, il fait une section oblique de la crête et de la face interne du tibia, afin d'éviter la saillie de cette partie de l'os contre les téguments. MM. Béclard et Zinck réunissaient par seconde intention (interposition de boulettes de charpie aux lèvres de la plaie). M. Bégin réunit par première intention, sans suture, et attache une extrême importance à la rareté des pansements. Le terme moyen de la guérison a été de dix-huit jours. — QUATRE-VINGT-SIXIEME OBSERVATION. *Amputation de la cuisse à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure du fémur par un coup de feu. Mort le troisième jour.* Le sujet succomba après avoir présenté comme principal symp-

même des vomissements opiniâtres. Toute l'habitude extérieure était ictérique. On trouva le tube digestif parfaitement sain. Le foie n'offrait aussi rien de particulier. Des fusées purulentes existaient le long des vaisseaux et nerfs principaux; le muscle iliaque était comme réduit en une bouillie grisâtre; la surface du moignon était grisâtre, recouverte d'une sérosité sanieuse.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — Observations recueillies à la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction de Lille; par M. A. Bertherand, chirurgien sous-aide à cet hôpital, t. XLV, p. 255.

Maladies des yeux. Les *conjonctivites* sont très-fréquentes à l'hôpital de Lille. D'abord aiguës et très-intenses, elles passent bientôt à l'état chronique; sous ce dernier état, elles offrent souvent des exacerbations, probablement sous l'influence des vicissitudes atmosphériques propres à la localité. — *Première observation.* Ophtalmie très-aiguë avec chémosis de l'œil droit; photophobie; fièvre. — Saignée; ventouses scarifiées à la nuque; fomentations narcotiques sur l'œil. — Ulcération. — Cautérisation pendant dix jours avec le nitrate d'argent. — Amélioration. — L'œil gauche se prend. Le malade refuse de se laisser cautériser. Enfin, il se décide. — Glace sur les paupières; cautérisation. — Guérison. — *Héméralopie.* Trente hommes d'un régiment en ont été affectés dans l'espace d'un mois. — Saignée; évacuants. — Guérison en cinq ou six jours. *Adénites.* — *Deuxième observation.* Adénite inguinale, suite d'excoriation au pied. La petite plaie guérie, les vésicatoires volants ont favorisé l'affaissement de la tumeur inguinale. — *Troisième observation.* Engorgement sous-maxillaire avec trajet fistuleux donnant passage à un pus infect. On extrait plusieurs racines de dents cariées, et la tumeur disparaît, l'écoulement cesse. — Les adénites se terminent: 1° par résolution, terminaison rare, favorisée par les vésicatoires volants et les onctions mercurielles iodurées; 2° par suppuration; 3° par induration. M. Baudens attend la fonte totale pour ouvrir les abcès ganglionaires, au risque d'un décollement assez étendu de la peau. — *Quatrième observation.* Glande sous-maxillaire gauche indurée, mobile. On l'enlève, hémorrhagie. Pince à torsion maintenue à demeure, pendant douze heures, dans la plaie. Remarque sur l'hémorrhagie dans ces sortes de cas. — *Dartres.* Propositions sur le traitement de ces sortes d'affections. — *Cinquième observation.* Dartre couvrant tout le bras gauche, traitée sans succès pendant un mois par les frictions soufrées, les bains simples et sulfureux. — Deux saignées; deux purgatifs; fomentations narcotiques. — Guérison en quelques jours. — *Sixième observation.* Cas d'affection dartreuse, dans lequel la cautérisation avec le nitrate d'argent a donné un résultat satisfaisant. — *Septième observation.* Dartres

vives guéries par les saignées, les purgatifs, les bains froids, les fomentations narcotiques et l'application de coton. — M. Baudens se loue des fomentations de décoction de têtes de pavot. — *Otites, otorrhées.* Sept cas d'otites sans écoulement ont été traités par les moyens simples; dans quatre autres cas compliqués d'otorrhée, les vésicatoires à la nuque, les ventouses appliquées derrière le dos ou entre les épaules, ou mieux, quelques moxas sur l'apophyse mastoïde, ont été employés avec succès, excepté dans un cas d'otite interne, avec lésion du nerf facial correspondant. — *Gengivites.* La cause la plus ordinaire des gengivites réside dans le mauvais état des dents, dans le défaut de soins. — *Huitième observation.* Gengivite. Excision de la muqueuse au niveau du bord alvéolaire, à l'aide du bistouri. Dégorgement des parties. Guérison au bout de huit jours. — *Brûlure. Neuvième observation.* Brûlure du bras par du bouillon. Douleurs vives; fièvre, etc. Coton cardé. Sédation. Saignée; pédiluve. Suppuration. Pansement avec le linge fenêtré et la charpie ordinaire. Extension du membre pour éviter la rétraction. D'après M. Baudens, le coton est beaucoup moins irritant que la charpie ordinaire. Après la cautérisation de l'œil, on en entrepose une couche mince entre le globe et les paupières.— *Dixième observation.* Ecrasement du pied par une roue de voiture. Plaie profonde, presque linéaire, occupant la région plantaire et venant rejoindre le troisième espace interdigital. — Réunion de la plaie. Immersion du pied dans l'eau froide, pendant trois jours. Cicatrisation complète le 21e jour. — Pendant le cours du traitement, une orchite se déclare et disparaît assez promptement sous l'influence d'embrocations avec un liniment fortement camphré, moyen qui donne généralement de très-bons résultats. — *Quatorzième observation.* Guérison prompte d'un phlegmon du pied par le froid. — *Orchites.* Dix hommes atteints d'orchites traumatiques ont été traités par les embrocations huileuses, avec des résultats meilleurs que ceux qui suivent généralement l'emploi des déplétifs. — *Hydrocèle.* Ponction avec le trocart. On dirait que le liquide est distribué en plusieurs loges. M. Baudens introduit par la canule une bougie de gomme élastique avec laquelle il irrite la séreuse testiculaire. Guérison. — *Seizième observation.* Hydro-Sarcocèle, contre lequel on emploie vainement divers moyens. Douleurs lancinantes. Opération de l'hydrocèle par incision. On reconnait la dégénérescence du testicule, et cet organe est enlevé. Torsion de l'artère spermatique. Cicatrisation dans l'espace de trois jours. — *Dix-septième observation.* Abcès à la marge de l'anus. Opération suivant le procédé classique. Le décollement remontait plus haut que l'orifice interne. Débridement avec des ciseaux à extrémités mousses. Guérison le 12e jour. — *Grenouillette. Dix-huitième observation.* La tumeur avait déjà été opérée une fois. Excision d'une partie du sac. Tamponement du sac pour éviter le recollement. Guérison le 10e jour.

— *Ongle incarné. Dix-neuvième observation.* Opération par le procédé de M. Baudens. *Arthrites.* La compression produit de bons effets dans l'arthrite chronique, il faut l'appliquer méthodiquement, et savoir attendre. M. Baudens se sert, pour la pratiquer, de bandelettes de toile enduites de styrax ou de bandelettes de diachylon.

CLINIQUE CHIRURGICALE de l'hôpital militaire de perfectionnement; t. XLIX, p. 269.

I. Observation d'une amputation coxo-fémorale, par M. le docteur *Sédillot*, chirurgien-major, professeur de médecine opératoire au Val-de-Grâce; *ib.*, p. 271.

Morand comprit le premier la possibilité de l'amputation coxo-fémorale. Ravaton fut sur le point de la pratiquer. Lacroix, dans un cas de gangrène spontanée, n'eut qu'à donner quelques coups de ciseaux pour achever de séparer le membre inférieur. Ce fait servit beaucoup à Barbet, dont le mémoire remporta le prix proposé par l'Académie sur ce sujet. Perrault fit cette amputation avec succès. A. Blandin l'a faite trois fois, et deux fois il a réussi. Lacroix l'a pratiquée aussi trois fois; M. Perret, une. Un soldat français, le nommé Duguet a vécu quinze ans aux Invalides après avoir été amputé de la cuisse dans l'article par Guthrie. Un homme opéré par Delpech survécut aussi à cette amputation, et l'on voit aux Invalides un soldat amputé également dans l'articulation coxo-fémorale par M. Baudens. Voici, en résumé, l'observation de M. Sédillot. Rambourg, fusilier au 37e de ligne, tombe d'une fenêtre, et le fémur droit est brisé avec issue des fragments. On le transporte à douze lieues de distance, et dans le trajet la cuisse se tuméfie énormément. Il arrive à l'hôpital de Vannes, où l'on commence par combattre l'inflammation au moyen des émollients. Des abcès se forment jusqu'autour du bassin; on les ouvre, et les ouvertures restent fistuleuses. Vers le troisième mois une esquille assez volumineuse est éliminée; dès le 7e, le malade marche avec des béquilles; le genou est ankylosé, la hanche libre. On envoie le blessé à Bourbonne, et dans le trajet la cuisse est de nouveau fracturée dans le cal par suite de la chute d'une banquette sur le genou. A Bourbonne, on réapplique un appareil pendant trois mois; puis on est forcé d'évacuer le blessé sur Chaumont; à la 2e étape le cal se rompt de nouveau par suite des cahots. Rambourg reste dix mois à Chaumont. Là de nouveaux abcès se forment; une seconde esquille est retirée. Malgré tout, la fracture se consolide une troisième fois, et R. revient à Paris en diligence. Les fistules persistent. M. A. Thierry croit l'amputation indiquée. R. entre à St. Louis, puis au Val-de-Grâce. Le membre inférieur droit est racourci de 3 ou 4 centim., atro-

phié; le genou est ankylosé. La cuisse, parcourue par une vingtaine de trajets fistuleux, dont un, le plus élevé, est situé au dessous de l'ischion, est couverte de cicatrices. Le stylet arrive sur une portion dénudée du fémur répondant au siége de la fracture. Les mouvements de la hanche sont assez faciles dans une petite étendue. Les viscères sont sains; la suppuration est continuelle sans être très-abondante; il y a de la fièvre le soir, des sueurs, de la diarrhée parfois; des crises fébriles produites par des abcès. Le malade, déjà très faible, s'affaiblit chaque jour davantage. A la fin de juillet 1840, étant au bain, R. avait voulu s'appuyer un moment sur le membre malade, et avait senti un fort craquement dans la hanche dont les mouvements devinrent presque impossible à partir de ce moment. M. Sédillot pense que la seule chance de salut pour le blessé réside dans la désarticulation coxo-fémorale. C'est aussi l'avis du baron Larrey, consulté; M. Bégin pense que le fémur est nécrosé avec incarcération d'un séquestre que l'on pourra extraire après avoir amputé la cuisse dans la continuité. M. H. Larrey propose de commencer l'opération comme si on devait amputer circulairement la cuisse au tiers supérieur, et de terminer dans ce point, ou de remonter jusqu'à l'article, suivant les altérations que l'on constatera. Mais M. Sédillot insiste pour la désarticulation, à raison surtout de la hauteur à laquelle s'élèvent les fistules, ce qui fait regarder comme très probable l'altération de tout le fémur, et de l'induration des tissus qui rendrait, dans le mode proposé par M. H. Larrey, la dissection longue et laborieuse s'il fallait remonter jusqu'à l'article, outre que l'on aurait trop de parties molles. M. Sédillot se décide pour le procédé à un seul lambeau antérieur, qui est exécuté en quelques secondes (17 août 1840). L'opérateur change trois fois de couteau; il taille le lambeau avec un long couteau interosseux; il divise la capsule avec un petit couteau à amputation, et il divise les parties molles postérieures, en ayant soin de couper le nerf sciatique plus haut, à l'aide d'un couteau semblable mais plus long. Les aides mettent les doigts sur les artères divisées. Il faut lier une vingtaine de ces vaisseaux. On fait quelques points de suture entortillée sur les parties latérales du lambeau dont la partie moyenne est laissée libre. Une compresse fenêtrée, enduite de styrax, des plumasseaux, quelques compresses, une copeline complètent l'appareil. Le malade a perdu très peu de sang, et n'a pas éprouvé de faiblesse. Le premier jour (17), vomissements produits par une potion fortement opiacée, douleurs vives dans le membre enlevé; ce symptôme persiste pendant plus de deux mois. (19) Bouillon de poulet. Elévation du pouls; un peu d'agitation le soir. On lève le premier appareil le 22; la plaie est en bon état. Le 23, une dysurie cède à un lavement émollient; le 25, l'opéré mange un œuf à la coque et boit un peu de vin de Bordeaux. Le 27, on donne un purgatif pour combattre la tendance à l'absorption. L'opéré est agité; potion opiacée. Som-

meil réparateur. On augmente insensiblement la quantité d'aliments. On donne successivement du poulet, du poisson, du veau, puis du mouton et du bœuf. Le 1er octobre, R. se lève; il est étonné de sa légèreté et de son défaut d'équilibre sur ses béquilles. L'excès d'exercice enflamme à deux reprises le moignon. Le 22 novembre, tout le moignon est cicatrisé, à l'exception de deux orifices fistuleux situés en dehors de la hanche. R. se rétablit, et il entre aux Invalides. *Examen de la partie malade.* Le ligament capsulaire est altéré ainsi que la cavité cotyloïde et l'ischion. Le lambeau est percé de cinq trajets fistuleux; les parties molles qui le constituent sont lardacées; on y voit les vaisseaux béants. L'ankylose dépend de l'adhérence fibro-celleuse de la rotule aux condyles du fémur et de quelques autres adhérences entre les surfaces fémoro-tibiales. Les fragments du fémur, déplacés suivant toute l'épaisseur, sont unis par un cal latéral; une longue stalactite complète la consolidation; une large esquille, intermédiaire aux deux fragments, est mobile, quoique retenue par ses extrémités. Le fragment inférieur est peu altéré; le supérieur, fortement hypertrophié dans sa moitié inférieure, est devenu très vasculaire; la tête osseuse, réduite à une véritable coque, s'est laissé pénétrer par le col lors de l'accident arrivé au bain; une partie du fibro-cartilage d'incrustation a disparu. Primitivement la fracture était guérissable, malgré l'esquille; ce n'est que par suite des deuxième et troisième fractures, compliquées de la présence de l'esquille, que l'inflammation s'est emparée de l'os et s'est étendue jusqu'à la tête fémorale. A une certaine époque on aurait pu se borner à amputer la cuisse dans la continuité; lors de l'entrée du malade au Val-de-Grâce, ce n'était plus possible. Un cas de Delpech, un autre de Larrey, celui de M. Sédillot, un quatrième de M. Chaumet, de Bordeaux, prouvent que la plaie de l'amputation coxo-fémorale peut se cicatriser aussi promptement que celle dans la continuité de la cuisse. Cependant cette désarticulation n'a été que rarement suivie de succès. Quelles en sont les causes? 1° Les contre-indications; en premier lieu la trop grande étendue, l'extrême gravité des altérations locales, attendu que l'opération étant regardée comme une ressource désespérée, on attend trop tard pour y recourir; un état diathésique, cancéreux ou scrofuleux; les affections viscérales; 2° l'époque à laquelle on pratique l'opération. A cet égard, les faits semblent avoir démontré que les amputations immédiates offrent le plus de chances de guérison. Cette règle paraît infirmée pour l'amputation coxo-fémorale; car les malades qui l'ont supportée le plus heureusement l'ont subie pour des affections chroniques, ou avaient échappé aux premiers accidents inflammatoires de leurs blessures. 3° Enfin, le procédé opératoire. Si l'on a de bons aides, on peut se passer de lier préalablement l'artère crurale. Toutes les fois qu'on peut choisir, on doit préférer le procédé à unique lambeau antérieur. On ne doit pas, par un vain amour-

propre, se condamner à terminer l'amputation avec l'instrument qui a taillé le lambeau, attendu qu'il est trop difficile à manier. Il ne faut pas non plus chercher à diviser du premier coup la capsule; attendu qu'on risque de briser la pointe du couteau sur le col. C'est aussi par le procédé à lambeau antérieur que M. Baudens a opéré le militaire qu'il a guéri.

II. Observation de taille bilatérale; enchâtonnement de la pierre; opération en deux temps; recueillie par M. *H. Larrey*, chirurgien aide-major au Val-de-Grâce; t. XLIX, p. 312.

C., âgé de 22 ans, d'une constitution délicate, entra le 15 juin 1840, à l'hôpital militaire de Versailles, éprouvant des douleurs vives à la vessie et à l'hypogastre, qui s'irradiaient dans tout le ventre. On prescrivit un traitement antiphlogistique. Quelques jours plus tard il y eut rétention d'urine avec regorgement. On fit le cathétérisme, et au moment où l'on retira la sonde, elle heurta contre un corps dur. C. raconta alors que, depuis l'âge de 12 ans, il souffrait de la vessie, et rendait difficilement ses urines; que celles-ci laissaient déposer des graviers. Pendant huit jours la vessie ne se débarrassa que moyennant le cathétérisme, et plusieurs graviers sortirent durant cette période. Le baron Larrey, appelé en consultation, reconnut la présence du calcul, et conseilla d'attendre, vu les difficultés probables de l'extraction et la possibilité de la séparation spontanée du corps étranger. Au bout de quelque temps, M. Bégin vit le malade, qui fut ensuite évacué sur le Val-de-Grâce, où il arriva le 9 août. Il était amaigri, irritable, pusillanime. L'hypogastre était si douloureux que la plus légère pression ne pouvait y être exercée, et l'on observait tous les symptômes d'une vive irritation de la vessie, avec strangurie. Du reste, pas d'affections viscérales. On ne sentait pas le calcul par le rectum. On ne le trouvait pas dans la vessie, et on ne le sentait qu'en retirant la sonde comme pour accrocher la symphyse pubienne, et alors on le sentait toujours sur la concavité de la sonde. M. Bégin pensa que la pierre était engagée dans le col vésical, qu'elle pouvait être enchatonnée dans la paroi antérieure de la vessie, et qu'il était urgent d'opérer. Après un mûr examen, il opta pour la taille bilatérale, la lithotritie étant évidemment contre-indiquée. L'opération fut pratiquée suivant les règles ordinaires, et, la vessie ouverte, le doigt indicateur y fut porté, et reconnut aussitôt le calcul. Les tenettes y furent introduites à plusieurs reprises; mais le calcul ne put être chargé. On reconnut alors qu'il adhérait à la paroi antérieure. Après des essais variés et réitérés, il fallut laisser le corps étranger en place, la prudence ne permettant pas d'essayer de le dégager à l'aide d'un bistouri. Le malade fut mis au bain. En en sortant, il éprouva de vives douleurs vésicales, un ténesme insupportable, qui cédèrent

à des irrigations fraîches. Il n'y eut pas d'autres accidents. Mais les épreintes ne tardèrent pas à se faire sentir de nouveau. Le doigt touchait aisément la pierre, qui était abaissée jusqu'au col et en contact avec son orifice. Après beaucoup d'essais, M. Bégin armé du brise-pierre de M. Heurteloup, parvint à charger la pierre et à l'amener, en imitant la manœuvre du forceps. Pas d'accident. Le calcul avait 0,11 dans sa petite circonférence et 0,15 dans la grande ; il offrait sur sa face naguère adhérente de légers tractus celluleux, sanguinolents. Dès le 20e jour, l'urine sortait entièrement par l'urèthre, la plaie était complètement cicatrisée le 35e, et C. ne tarda pas à sortir.

M. Bégin a fait 8 fois l'opération de la taille, et des trois modes opératoires qu'il a employés, tailles sus-pubienne, latéralisée, bilatérale, c'est la dernière qui lui a procuré les résultats les plus satisfaisants. Dans un cas de taille bilatérale, le malade eut une hémorrhagie très abondante 8 ou 10 heures après l'opération ; le tamponnement ne put être supporté. Alors M. Bégin parvint à arrêter l'écoulement de sang, en une demi-heure, au moyen de jets d'eau fraîche poussés sans interruption par des aides au moyen de seringues à lavements.

III. Observation de plaie par instrument piquant et tranchant, au cou, avec lésion partielle d'une des moitiés de la moelle épinière; *ib.*, p. 325.

Les théories relatives aux fonctions de la moelle laissent encore des incertitudes dans quelques bons esprits. L'observation suivante a trait à cette question. L., 59 ans, robuste, replet, sanguin, reçut, le 21 octobre 1840, un coup d'instrument tranchant et piquant à la région postérieure du cou, dans un attroupement qu'il cherchait à dissiper. Il tomba et ne put se relever. Il crut avoir été frappé par une sorte d'assommoir surmonté d'une pointe acérée. La chute eut lieu en arrière et sur le côté droit. Il fut transporté le lendemain au Val-de-Grâce. La plaie était déjà réunie. Il refusa (comme déjà la veille) de se laisser saigner. Nuit bonne. La plaie, transversale, à angles aigus, ayant 13 millim. de longueur, était située à la partie postérieure droite du cou, au niveau de la 5e vertèbre, à 24 mil. de son apophyse épineuse. Pesanteur dans le membre thoracique droit; le blessé peut lever son bras, et mouvoir son avant-bras, quoique avec difficulté; les doigts, demi-fléchis, ne peuvent être étendus ; ils ne se ferment pas complétement et ne serrent pas les objets. Le membre inférieur droit est absolument paralysé. Douleur vague le long de la partie latérale droite de la poitrine. La sensibilité est conservée partout. Visage coloré, tête chaude, pesante ; pouls plein. Facultés intellectuelles et fonctions viscérales à l'état normal. M. Bégin diagnostiqua une lésion du faisceau antéro-

latéral droit de la moelle ; la paralysie était incomplète dans le membre supérieur, par la raison que la blessure laissait au-dessus d'elle quelques-unes des racines du plexus brachial ; le nerf diaphragmatique était intact, la respiration n'était pas gênée. Le pronostic était grave, bien que l'on ait obtenu des guérisons dans des cas analogues. — Saignée. 4 applications de 15 sangsues à la tête. Cataplasme stimulant aux pieds. Application fraîche sur la tête. Limonade pour boisson. Le lendemain, nouvelle saignée ; 45 sangsues. Le 25, l'état est meilleur ; mais dans la nuit, malgré les moyens actifs que l'on a continué à employer, le délire survient. Les symptômes augmentent le 26 ; dyspnée ; hoquets ; mort le 27, à 8 heures du matin. A l'autopsie on trouve : la plaie des téguments parfaitement cicatrisée ; une infiltration sanguine, sous-jacente, qui augmente à mesure que l'on s'approche du rachis ; la base d'un fragment de couteau qui a traversé la lame droite de la 6e vertèbre cervicale, fait saillie de deux millim. environ, et dont la pointe sort en avant, entre la 6e vertèbre cervicale et la 7e ; une section oblique, complète, bornée au faisceau antérieur droit de la moelle ; un ramollissement du tissu médullaire et du pus aux environs de la blessure ; une légère hypérémie cérébrale ; un engouement du poumon ; la réplétion des cavités droites du cœur. La perforation violente d'une lame vertébrale explique très-bien la sensation de choc éprouvée par le blessé.

IV. Observation d'une tumeur considérable du cou, faisant saillie dans le pharynx et sous la base de la langue, par M. *Henry*, chirurgien sous-aide à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce; *ib.*, p. 336.

T., 33 ans, vigoureux, sanguin, atteint depuis son enfance de furoncles se succédant à des époques variables, en eut un, en 1837, sur le côté droit du cou, au niveau de l'hyoïde. A ce furoncle succéda une tumeur dure, arrondie, mobile, indolente. En 1838, la tumeur avait augmenté. Il fut question de l'enlever, mais on différa ; en 1840, elle était beaucoup plus considérable encore, et T. entra au Val-de-Grâce. On appliqua divers résolutifs et l'on cautérisa ; le développement de la tumeur en parut activé. Il y eut un fort accès de suffocation. Au moment où M. Bégin prit le service, la tumeur, grosse comme une moyenne orange, placée entre le sterno-mastoïdien et le larynx, repoussait l'hyoïde et le thyroïde à gauche ; elle soulevait le plancher de la bouche et suivait tous les mouvements du larynx et de la gorge ; elle déprimait fortement le larynx d'avant en arrière, recouverte dans ce sens par une couche très mince de parties. Elle était dure, mamelonnée du côté de la bouche, indolente.

Elle troublait la déglutition et la phonation. A la suite d'une consultation, l'opération fut décidée. T, assis sur un fauteuil, la tête maintenue contre la poitrine d'un aide, M. Bégin circonscrivit, au moyen de deux incisions elliptiques, la partie cautérisée de la tumeur; il la sépara, en arrière, de l'artère carotide, de la veine jugulaire et du pneumo-gastrique, puis il la détacha de l'hyoïde et du thyroïde qui semblaient incrustés à sa surface: il la dégagea de dessous le tendon du muscle digastrique qui s'était creusé un sillon profond dans son épaisseur, et, enfin, il la détacha du plancher de la bouche, du pharynx et de la langue. Elle était partout fortement adhérente, et partout il fallut se servir du bistouri à extrémité mousse pour la séparer. Elle avait 28 centim. de circonférence dans un sens et 22 dans l'autre; elle était formée à l'extérieur d'une coque fibreuse et intérieurement de cloisons renfernant une substance rougeâtre comme gélatineuse. Il n'y eut pas d'écoulement sanguin notable. Le pharynx, à chaque déglutition, se gonflait comme une vessie, et faisait saillie à travers les lèvres de la plaie. — Pansement: Linge fin au fond de la plaie. Eponge fine imbibée d'eau froide. Le lendemain, deux points de suture. La déglutition fut difficile pendant le gonflement inflammatoire. Le 8 septembre, la guérison était parfaite. L'opération avait été pratiqué le 7 août.

V. Observation d'une extraction d'un corps étranger de l'articulation du genou, par M. *H. Larrey*, chirurgien aide-major au Val-de-Grâce; *ib.*, p. 242.

G., 24 ans, bien constitué, s'exerçant habituellement à la gymnastique, n'ayant souvenir d'aucune violence mécanique exercée sur son genou droit, y ressentit, en marchant sans effort, une douleur subite qui le força de s'arrêter court (avril 1840). Ayant repris sa marche, il éprouva la même douleur plusieurs fois. Il explora son genou et il sentit *loco dolenti*, en dedans, au dessus de la rotule, un corps dur, assez saillant, du volume d'une grosse fêve, mobile, se déplaçant et disparaissant à la moindre pression. Il continua son service. Au bout de 5 mois il se fit une entorse, et prit quelques jours de repos, sans parler de son genou. Enfin, les douleurs augmentèrent; la partie se tuméfia; et G. entra au Val-de-Grâce, le 13 septembre. M. H. Larrey constata la présence d'un corps étranger dans le genou. On nota une tendance marquée de ce corps à se porter en bas du genou. On soupçonna qu'il pouvait adhérer à la synoviale. Son extraction fut décidée, et M. Bégin y procéda de la manière suivante: Le malade couché, la jambe étendue, le corps étranger amené et fixé au côté interne de l'articulation, la peau tirée en haut, l'opérateur incise sur le corps étranger, verticalement, jusqu'à la capsule, qui est di-

visée ensuite. Le corps étranger, mis à nu, ne s'échappe pas ; on le saisit avec les pinces, et on voit qu'il est retenu par une bride synoviale, qui est coupée, ce qui donne lieu à une vive douleur. La peau abandonnée à elle même recouvre la division de la synoviale; la plaie est réunie. Saignée; lotions froides. L'inflammation ,malgré ces moyens, se développe avec force. La méthode antiphlogistique lui est opposée. La suppuration arrive le 7e jour. On fait des contre-ouvertures. Mort le 17e jour après l'opération. A l'autopsie, on trouve tous les caractères d'une violente arthrite; le genou est très-mobile. Clapiers à la cuisse et à la jambe. Point d'altérations viscérales. Le corps étranger, ressemblant au gésier d'un poulet, avait 0,03 dans son plus grand diamètre ; il était formé d'une sorte de tissu adipeux dégénéré, jaunâtre, parsemé de points blancs, et présentait une frange coupée nettement. C'est probablement à la bride synoviale qu'il a fallu couper que doivent être attribués les formidables accidents auxquels G. a succombé.

CLINIQUE CHIRURGICALE du Val-de-Grâce.

I. Observation de nécrose du tibia, suivie d'infection purulente et de mort; recueillie dans le service de M. Bégin, alors chirurgien en chef, premier professeur; par M. *Liard*, chirurgien sous-aide-major, t. LVI, p. 185.

La pyohémie s'est manifestée subitement par un frisson. La jambe, siége de la lésion locale qui était le point de départ de l'infection, ne présentait rien de particulier. Ce n'est qu'après six ou sept jours, que des douleurs se firent sentir le long du nerf sciatique, dans le membre affecté. La teinte ictérique était très prononcée, et à l'autopsie on trouva tous les tissus, y compris le tissu cérébral, colorés en jaune. Toutes les articulations étaient douloureuses. Il se forma des pétéchies, des bulles, des ampoules contenant un liquide jaune-bile. A l'ouverture du corps, on trouva un épanchement et des pseudo-membranes dans la plèvre droite; des abcès dans les deux poumons, plus avancés dans le droit; un épanchement séreux dans l'abdomen ; une hyperémie notable des reins et de la rate; des abcès dans le foie, surtout dans le grand lobe, à sa partie supérieure et vers le bord postérieur. Infiltration purulente des muscles grand fessier, psoas iliaque droits, du nerf sciatique correspondant; ramollissement rouge du nerf sciatique gauche; rougeur vive du tissu médullaire du tibia nécrosé ; infiltration purulente de la tête du fémur correspondant; pus dans les articulations du genou et de la hanche.

II. Plaie de la face, avec fracture de la base du crâne et des os maxillaires, produite par un coup de feu. Cicatrisation complète de la plaie. Mort survenue à la suite de symptômes cérébraux dont la nature n'est nullement en rapport avec l'étendue et la gravité des lésions anatomiques rencontrées à l'autopsie. Observation recueillie dans le service de M. BAUDENS. chirurgien en chef, premier professeur; par M *Martin*, aide de clinique; *ib.* p. 191.

La tentative de suicide avait eu lieu le 15 décembre 1843; le délabrement était énorme; néanmoins, la réunion complète des plaies était opérée dès le milieu du mois de janvier, sans notable difformité. On avait demandé pour le blessé un congé de convalescence, lorsque, le 25 février, il accusa une céphalalgie assez vive et continue, qu'il éprouvait depuis quelques jours. Ce symptôme était accompagné d'un ralentissement considérable du pouls. Le sujet s'affaissa généralement; la prostration devint extrême; le pouls tomba à 35, et deux jours après, le 29, il expira. Il n'y avait eu ni délire, ni paralysie du mouvement, ni anesthésie, ni convulsions, ni contracture. *A l'autopsie*, on trouva le lobe antérieur droit du cerveau ramolli dans toute son étendue; un foyer purulent occupait la base du lobe; le pus s'étendait dans le ventricule latéral correspondant, le ventricule latéral droit, le ventricule moyen et jusque dans le canal vertébral. La substance cérébrale ramollie, était diversement colorée. Il existait un ramollissement peu étendu en profondeur, à la surface de la face interne du lobe antérieur gauche. Partout ailleurs l'encéphale était sain. On remarquait à droite de l'apophyse crista galli, une perforation à travers laquelle, en regardant du haut en bas, on aperçut un corps étranger reposant sur le cornet moyen, dans la fosse nasale correspondante: c'était un fragment de balle tout déformé. Les fractures des deux maxillaires étaient parfaitement consolidées. Il ne restait plus que quatre dents à chaque mâchoire: quatre molaires. Le sinus maxillaire droit offrait dans sa fosse canine, une ouverture ayant près d'un centimètre de diamètre.

III. Carie des os du pied, suite d'entorse chronique; amputation sus-malléolaire. Guérison de la plaie. Mort dans le marasme, à la suite d'une vaste carie vertébrale dont aucun symptôme n'avait révélé l'existence. Observation recueillie dans le service de M.

BAUDENS, chirurgien en chef, premier professeur; par M. *Martin*, aide de clinique, *ib.* p. 200

Cette observation se recommande par diverses circonstances: 1° La légèreté de l'accident à la suite duquel la désorganisation des os du pied se produisit; 2° la manifestation d'accès de fièvre intermittente après l'amputation, accès qui cédèrent à l'administration du sulfate de quinine, et auraient pu en imposer pour l'invasion de la pyohémie; 3° l'œdème des extrémités inférieures (œdème des cachectiques); 4° la carie des vertèbres lombaires et du sacrum, dont aucun signe n'avait révélé l'existence; 5° l'inflammation des veines des extrémités inférieures, avec caillots à l'intérieur de ces vaisseaux (phlébite oblitérante), d'où l'œdème; 6° enfin, la cicatrisation presque complète de la plaie au milieu de conditions générales si désavantageuses.

Remarques sur les observations précédentes par *M. Marchal* (de Calvi), *ib.* p. 213

Relativement à la première observation, l'auteur dit quelques mots du diagnostic différentiel de la pyohémie et de la fièvre intermittente. Il fait observer qu'il en est de l'infection purulente comme de la fièvre puerpérale, où quelquefois on trouve du pus partout. Il déduit de cette pyohémie consécutive à une nécrose, le précepte de hâter autant que possible la guérison de celle-ci, par l'élimination des séquestres. En ce qui concerne la seconde observation, il explique comment la balle a dû se diviser en deux parties, dont l'une a traversé l'ethmoïde, tandis que l'autre est sortie par la fosse canine, d'où l'ouverture du sinus maxillaire. Il attribue l'inflammation du lobe cérébral droit à la contusion occasionnée par le corps étranger et à l'ébranlement ou commotion. Il fait remarquer aussi combien il est digne d'attention que l'intelligence se soit maintenue à l'aide d'un seul lobe, ce qui n'aurait pas eu lieu, si l'altération s'était produite rapidement. Il note spécialement comme symptôme, le ralentissement du pouls. Enfin, quant à la troisième observation, il relève plusieurs des circonstances mentionnées plus haut, et, à l'occasion de l'ostéite médullaire, dont on trouva les traces sur le cadavre, il appelle l'attention sur l'ostéo-myélite.

CLINIQUE CHIRURGICALE de l'hôpital militaire de Versailles.

I. Observation de luxation incomplète en avant, du pied sur l'astragale; suivie de considérations sur les

luxations antérieures du pied, recueillie dans le service de M GODARD, chirurgien en chef, par M. *Parise*, chirurgien sous-aide-major, t. LVI p. 219.

Un soldat âgé de 23 ans, assez bien constitué, fut pris sous un éboulement, ayant le pied gauche posé à plat sur un bloc, en avant du droit. Il tomba en avant, la cuisse fortement fléchie sur le tronc, la jambe sur la cuisse et le pied sur la jambe. A l'arrivée du blessé à l'hôpital, le pied et l'extrémité inférieure de la jambe étaient fortement tuméfiés, avec tension, coloration ecchymotique, douleur au toucher et au plus léger mouvement. La saillie du talon avait disparu ; la partie antérieure du pied était allongée et fléchie sur la jambe ; l'axe prolongé du tibia tombait sur la partie postérieure du calcanéum. Un des muscles péroniers latéraux était déplacé. Point de crépitation. Le traitement antiphlogistique fut appliqué avec énergie. Ce n'est que deux mois et demi après l'accident que le malade parut hors de danger. Le déplacement est devenu évident ; mais la crainte de rappeler les accidents inflammatoires a fait rejeter toute tentative violente de réduction. Neuf mois après l'accident, voici l'état des parties : le pied est fléchi et forme un angle droit avec la jambe ; en avant il est plus long que le droit ; en arrière, le talon est effacé. L'axe de la jambe tombe un peu plus en dedans que de l'autre côté, d'où il suit que le pied en masse est porté un peu plus en dehors, et que la malléole interne est un peu plus saillante. Plus en arrière, la jambe est aplatie. On y reconnait une saillie osseuse un peu au-dessous du sommet de la malléole interne, et au-dessus de cette saillie une autre moins prononcée formée par le bord postérieur de la surface articulaire du tibia. En avant, le sommet de l'angle que forme la jambe avec le pied est régulièrement arrondi. Les tendons des muscles extenseurs des orteils sont tendus. En pressant avec les doigts sur le coude-pied, on ne sent pas de saillie arrondie sous les extenseurs ; on reconnaît, du côté externe et en avant, une saillie osseuse qui paraît être la tête de l'astragale, et immédiatement au-devant une dépression peu profonde. Le creux astragalo-calcanéen paraît comblé. La malléole externe est peu saillante, et touche presque au tendon d'Achille; le sillon post-malléolaire est effacé : le tendon de l'un des péroniers latéraux croise cette malléole. L'interne est plus saillante, mais moins que celle du côté sain ; au-dessous d'elle on trouve sur un plan solide, légèrement déprimé, se prolongeant en arrière vers le tendon d'Achille, l'artère tibiale postérieure, très superficielle, et un cordon qui n'est autre vraisemblablement que le nerf tibial postérieur. Les orteils sont raccourcis par l'extension de leur première phalange sur le métatarse et par la flexion des deux dernières sur la première (pour le gros orteil, les deux phalanges sont fléchies). Le pied luxé est plus court que l'autre

d'un cent. 1/2; la différence est moindre si l'on mesure le talon à la naissance des orteils. Tout le membre inférieur gauche est moins gros que le droit (le sujet était gaucher) ; il est plus court de 2 à 3 millim. Le pied peut encore exécuter quelques mouvements très peu étendus de flexion et d'extension. Ils se passent dans l'articulation tibio-tarsienne. Plus de mouvements latéraux. Dans la marche avec un bâton, le malade élève le bassin du côté gauche ; quand il marche sans appui artificiel le pied se pose par le talon, et sa pointe ne touche pas le sol. L'auteur recherche quelle a été la nature du déplacement. Les luxations du pied peuvent être rattachées à cinq genres : 1° luxation du pied sur la jambe; 2° de l'astragale ; 3° du pied sur l'astragale (dénomination qui éviterait toute confusion avec les luxations proprement dites de l'astragale) ; 4° du calcanéum ; 5° médio-tarsienne. Trois hypothèses se présentaient relativement au cas dont il s'agit : on pouvait supposer : la luxation du pied en avant ; la luxation du pied en avant de l'astragale; la luxation du pied en avant de l'astragale avec fracture du col de cet os. L'auteur a produit sur le cadavre ces trois variétés. Dans la première, il n'y a qu'une saillie en arrière, au lieu de deux ; la poulie de l'astragale est saillante en avant ; le plan solide, qui existe sous la malléole interne et se prolonge jusque sous le tendon d'Achille, manque. Dans la troisième (luxation du pied, en avant de l'astragale, avec fracture du col de cet os) le pied se fléchit à angle aigu, le membre se raccourcit de plus d'un centimètre, et la seconde saillie postérieure, due ici au renversement en arrière du corps de l'astragale est située *au-dessus* du sommet de la malléole externe : circonstances qui suffisent, dit l'auteur, à distinguer cette luxation de celle qu'il a observée. Reste donc la troisième variété (la luxation du pied en avant de l'astragale) à laquelle se rapportent en effet les signes étudiés avec tant de soin sur le sujet de l'observation. L'auteur recherche ensuite quel a été le mécanisme du déplacement. Si l'on réfléchit aux circonstances dans lesquelles l'accident a eu lieu, on voit, dit-il, que la force transmise à la jambe par l'éboulement s'est décomposée en deux : l'une perpendiculaire qui a continué à fléchir la jambe sur le pied, l'autre horizontalement dirigée en arrière ; par la première, le bord antérieure de la mortaise tibiale est venu s'arc-bouter contre le bord antérieur de la poulie de l'astragale ; par la seconde le tibia a poussé en arrière l'astragale. L'auteur termine par quelques mots sur le traitement : on aurait pu réduire la luxation peu après l'accident ; le lendemain, à l'arrivée du blessé à l'hôpital, la tuméfaction était énorme, et le déplacement ne put être que soupçonné. Il y a lieu de penser que surtout aux eaux minérales le sujet retrouvera en très grande partie le libre usage de son membre. L'observation de M. Parise est suivie d'une note confirmative de M. Godard, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles, dans le service duquel elle a été recueillie.

L'allongement de l'avant-pied, du côté luxé était de deux centimètres lors de l'entrée du blessé à l'hôpital. A l'époque du dernier examen de M. Parise, l'avant-pied était encore allongé; mais le pied en totalité était raccourci d'un centim. et demi; circonstance due à l'amaigrissement des parties molles, à la flexion des orteils et à l'abduction du pied. Le rédacteur du recueil rend justice dans une note, au talent qui a présidé à cette belle étude diagnostique; mais il faut remarquer qu'il n'est guère possible d'admettre positivement l'existence d'une luxation en avant du pied sur l'astragale, déplacement dont il n'y a pas d'exemple dans la science, sans la preuve matérielle fournie par la dissection des parties lésées. L'opinion de MM. Godard et Parise est très vraisemblable, mais elle n'atteint pas à la certitude.

II. Corps étrangers dans l'articulation fémoro-tibiale droite. Extraction de ces corps. Guérison, *ib.* p. 261.

Les corps étrangers étaient au nombre de deux. On essaya de les fixer en dehors des surfaces articulaires. Il fallut y renoncer à cause des accidents inflammatoires qui se manifestèrent. On se décida à les extraire. Le membre, placé dans l'extention, les corps étrangers furent fixés par des aides au-dessus du bord antérieur de la face articulaire du tibia. L'opérateur fait une incision transversale d'un centimètre d'étendue à cinq centimètres au-dessous du point où sont arrêtés les corps étrangers, puis il introduit une sonde cannelée par cette incision, jusqu'aux corps étrangers; un instrument tranchant à lame étroite introduit à son tour sur la sonde, divise la capsule articulaire, et les corps étrangers auxquels on imprimait quelques mouvements, s'engagent dans la voie qui vient de leur être tracée. Pour permettre leur sortie par la plaie extérieure, il fallut convertir celle-ci en incision enT. Il n'y eut que très peu d'irritation locale et pas de fièvre. La guérison était complète le 14e jour. Les corps étrangers étaient des concrètions cartilaginiformes à centre ossiforme. L'un était plus volumineux que l'autre, beaucoup plus pesant, moins élastique; il contenait plus de substances calcaires, et l'on fut obligé d'employer la scie pour le diviser. Cette observation offre une heureuse et habile application de la méthode opératoire de M. Goyrand (d'Aix).

III. Spina ventosa du corps de l'humérus gauche. Fracture (inaperçue du malade) par suite de l'affaiblissement de l'os. Traitement par l'iodure de potassium et un bandage convenable. Guérison. Observa-

tion recueillie par M. *Besnard* (*Jules-Théodore-François*), chirurgien sous-aide, *ib.*, p. 272.

Un jeune homme du 9e de cuirassiers, scrofuleux, entre à l'hôpital militaire de Versailles, avec une hypertrophie de l'humérus gauche; la circonférence du bras gauche surpasse de six centimètres et demi celle du bras droit, au-dessous de l'insertion deltoïdienne, et de trois centimètres, au niveau des condyles. En pressant avec les doigts l'os malade, on sent de petites lames osseuses qui cèdent en faisant entendre une petite crépitation. Au dessus de la tumeur, la circonférence du bras est moindre que de l'autre côté d'un demi centimètre, ce qui s'explique par l'atrophie des muscles. L'humérus est allongé d'un demi centimètre. La maladie a commencé par une tumeur qui s'est développée deux ans auparavant, sur la tubérosité externe de l'humérus, molle, fluctuante, et qui s'est ulcérée; l'ouverture est devenue fistuleuse; on y introduit un stylet et l'on ne constate pas d'altération osseuse correspondante. Douleur; gêne des mouvements. Au bout de quelques jours, les mouvements sont plus douloureux, plus bornés, et l'on reconnait une fracture un peu au dessous de la partie moyenne de l'humérus. Le fragment supérieur est porté en avant et en dehors. Le bras est raccourci d'un demi-centimètre. On réduit la fracture, et l'on applique un bandage roulé avec quatre attelles. Depuis son entrée à l'hôpital, le malade est à un régime tonique et à l'usage de l'iodure de potassium dont la dose est portée de 0,60 à 2,0. Dès le soixantième jour, la réunion est opérée. Le quatre-vingt-cinquième jour, le malade commence à mouvoir son bras, et bientôt il quitte l'hôpital, pouvant s'en servir très bien. La circonférence du membre, dans les points primitivement amplifiés, était réduite des deux tiers. M. Godard cite en note un spina-ventosa de la tête du péroné et d'une petite partie de la diaphyse: Béclard l'enleva avec un plein succès.

IV. Fracture multiple de la face. Fracture du fémur gauche. Mort trois mois après l'accident. Description et histoire des fractures et des accidents survenus. Observation recueillie par M. *Parise, ib* p. 281.

Un soldat fut pris sous un éboulement. Une tige de fer du poids de 10 k. environ l'atteignit au côté droit de la face. Il fut relevé sans connaissance. On constate plusieurs fractures de la face et une fracture du fémur gauche. La face est tuméfiée, œdémateuse; l'emphysème s'étend au côté droit du cou. On applique un bandage de Scultet sur la cuisse fracturée, et des résolutifs sur la face et le cou. Le pouls, d'abord petit et lent, se releva, et l'on

pratiqua une saignée. On fit trois autres saignées les jours suivants; on appliqua des sangsues derrière les oreilles; on donna des laxatifs, l'émétique en lavage, etc. Le blessé reprit connaissance et tomba bientôt dans le délire. Il ôta son appareil à fracture, et parvint à briser un fil de platine à l'aide duquel on avait essayé de fixer les incisives inférieures aux supérieures, afin de corriger une déforde l'os maxillaire inférieur. Plusieurs abcès se formèrent à la cuisse mationet à la face. La fièvre hectique s'empara du malade; la respiration s'embarrassa, et l'on reconnut une double pleuro-pneumonie, qui ne fit que hâter sa fin. Plusieurs foyers purulents communiquaient avec la fracture du fémur. Il y avait plusieurs esquilles, dont une longue de 3 centimètres, entièrement détachée. Le fragment supérieur était nécrosé dans une partie de son étendue; une fissure longitudinale y régnait. Des stalactites osseuses adhéraient au fragment inférieur, et d'autres se faisaient remarquer sur la partie vivante du fragment supérieur. La mâchoire inférieure était fracturée en deux points: à la base du condyle gauche et à la jonction de la branche droite avec le corps; la face était, pour ainsi dire, détachée du crâne. Le canal lacrymal droit était fracturé; aussi y avait-il eu épiphora de ce côté. La facture avait intéressé les deux sinus maxillaires; le droit était largement ouvert. Les os du nez étaient fracturés en travers. L'os unguis du côté gauche était fracturé aussi. Ces divers fractures expliquent l'emphysème de la face et du cou. La face avait été frappée et poussée de droite à gauche par la tige en fer.

V. Blessure par arme à feu dans le creux poplité; balle enchâssée dans l'extrémité inférieure du fémur entre ses condyles; accidents inflammatoires; amputation de la cuisse. Guérison; par le même, *ib.* p. 295.

Un soldat ayant reçu, dix-huit mois auparavant, une balle qui avait pénétré par le creux du jarret, du côté gauche, et qu'on n'avait pu extraire, entra à l'hôpital militaire de Versailles. Gonflement du genou; mouvements bornés, douloureux. Cicatrice au niveau de l'interligne articulaire, adhérente, rayonnée. Saillie sur le bord antérieur de la surface articulaire du tibia à l'opposite de la cicatrice: le malade croit que ce point est le siége de la balle. L'inflammation augmenta dans le genou; des accidents généraux de la plus haute gravité se manifestèrent. Il fallut amputer. La guérison était complète au bout de 40 jours. On examina le genou après l'amputation. L'article était rempli de pus; des brides fixaient les côtés de la rotule au fémur. La synoviale était épaissie, rouge brun. Les tissus péri-articulaires étaient diversement altérés. A partir de la cicatrice régnait un cordon fibreux qui traversait l'aponévrose

et se portait jusqu'à l'espace inter-condylien, où la balle était enchatonnée, partout en contact avec les os, qui lui formaient une cavité tapissée par une membrane très tendue et très molle. L'ouverture d'entrée était rétrécie de moitié par des stalactites osseuses. La cavité osseuse qui contenait le projectile était formée par une lame compacte très mince, percée de trous, au delà de laquelle les cellules du tissu spongieux étaient raréfiées et pleines de matière sanguino-purulente. Les surfaces articulaires, plus la tête du péroné, étaient altérées. Les cartilages d'incrustation étaient détruits presque partout, ainsi que les lamelles compactes des surfaces articulaires. Les cartilages et ces lamelles sont remplacés par une membrane pulpeuse, rouge, brune, qui se continue sous les premiers, dans les points, où ils subsistent. Autour des surfaces articulaires se voient des stalactites osseuses. Les os concourant à former l'articulation ont subi indistinctement l'atrophie interstitielle. L'artère et la veine, la première surtout, étaient notablement rétrécies. La petite saillie de la partie antérieure était due à un amas de stalactites. L'auteur explique l'entrée de la balle dans l'espace intercondylien, sans lésion des vaisseaux, par la flexion probable de la jambe, au moment de l'accident, et le rétrécissement des vaisseaux par la compression qu'ils ont dû subir. La balle était déformée d'un côté. Le cordon fibreux étendu de la cicatrice à l'os rendait compte de la disposition rayonnée de cette cicatrice. M. Parise explique très bien comment ce cordon a commencé par être un tube étendu de la plaie cutanée à la balle, lequel tube est revenu insensiblement sur lui-même jusqu'à former cette bride *inodulaire*, rétractile.

CLINIQUE MÉDICALE. — Rapport adressé à MM. les membres du conseil de santé, sur le service des salles militaires de l'hôpital des cliniques de Montpellier, pendant le quatrième trimestre de 1838; par M. *L.-F. Gasté*, médecin ordinaire, t. XLVII, p. 1.

Première observation. — Pneumo-pleurite avec épanchement suivie de résolution et de laryngo-bronchite membraneuse. Mort. Nécropsie quarante-trois jours après le décès.

Deuxième observation. — Anasarque précédée de fièvre intermittente compliquée, et suivie d'entéro-bronchite. Guérison.

Troisième observation. — Variole confluente compliquée de laryngo-bronchite, gangrène du nez, de la partie postérieure du bassin et de la peau du coude droit; cinquante abcès sous-cutanés. Guérison. Réflexions.

CONCOURS. — (*Voyez* Hôpitaux militaires d'instruction).

CONCRÉTIONS POLYPIFORMES. — Observation de concrétions polypiformes, ou polypes du cœur, anasarque symptomatique; mort par hémorrhagie cérébrale; absence des signes regardés comme inséparables de l'apoplexie sanguine; par M. *Jules Perrier*, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Charonne, t. LIII, p. 50.

Un militaire, âgé de 25 ans, est admis, le 7 juillet 1841, à l'hôpital militaire de Charonne, atteint d'infiltration générale, ralentissement et obscurcissement des bruits du cœur. M. Perrier diagnostique une endocardite. Traitement antiphlogistique énergique. Mort. *Autopsie :* Cavités droites du cœur dilatées; concrétions sanguines polypiformes, non adhérentes aux parois ; les autres viscères sont à peu près intacts.

Réflexions de l'auteur.—Les concrétions fibreuses peuvent exister à une époque de beaucoup antérieure à la mort. Par leur volume, elles peuvent donner lieu à de graves désordres, entre autres, l'anasarque, l'apoplexie et la paralysie.

CONCRÉTIONS FIBRINEUSES.—Epidémie de concrétions fibrineuses du cœur, t. LIII, page 63.

A l'occasion de l'observation de M. Perrier, M. C. Broussais mentionne un rapport de M. Peysson, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon, qui signale au conseil de santé la manifestation de concrétions polypiformes sous forme épidémique parmi les jeunes soldats nouvellement arrivés à Lyon. M. C. Broussais se demande si « la nourriture, beaucoup plus animale que « celle à laquelle ces jeunes gens étaient soumis antérieurement, « ou bien l'abus des alcoholiques, ne serait pas la cause de cette « épidémie ? »

CONSEIL DE SANTÉ. — Instruction générale et méthodique, rédigée par le Conseil de santé des armées, sur les secours à donner aux asphyxiés, quelles que soient les causes de l'asphyxie, t. LVI, p. 353 (*Voyez* Asphyxiés).

CORBIN, *Chirurgien aide-major au* 19e *régiment d'infanterie légère* (1).— Notice sur les eaux thermales de Bourbonne, t. XLVI, p 108.

---

(1) Aujourd'hui chirurgien-major au premier régiment de hussards.

CORNAY (Joseph-Emile). — Topographie médicale de Rochefort, t. LIX, p. 206,

CORPS ETRANGER. — Observation sur un cas d'extraction de corps étranger engagé dans l'œsophage; par M. *Achille Germain*, chirurgien aide-major à l'école militaire de Saint-Cyr, t. XLIX, p. 198.

Un militaire avale un os en mangeant sa soupe. Anxiété extrême; mouvements convulsifs; face rouge, tuméfiée, bleuâtre; yeux fixes, brillants, etc.; douleur aiguë dans la région cervicale, augmentant par les mouvements de la tête, surtout quand le malade la porte en arrière. Le fragment d'os soulève la peau à un centimètre et demi au dessus du sternum. Extraction du corps étranger au moyen de la tige à double anneau mobile de Dupuytren. Soulagement immédiat. Reprise du service le second jour. Les circonstances de l'opération démontrent qu'il ne faut point se hâter de retirer la tige œsophagienne au moment où elle a touché le corps étranger, et qu'au contraire il est nécessaire d'enfoncer l'instrument jusqu'à ce qu'il l'ait dépassé. Ce fait, qui s'ajoute à tant d'autres, prouve la nécessité de prescrire aux cuisiniers, dans les corps de troupe, de scier les os au lieu de les briser à coups de hache, et de tamiser le bouillon.

CORPS ÉTRANGER extrait de l'articulation du genou, t. XLIX, p. 342 (*Voyez* Clinique chirurgicale)

CORPS ETRANGERS. — Observations de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage.

I. Fragment d'os arrêté dans l'œsophage; propulsion du corps étranger dans l'estomac; par M. *Pommier*, chirurgien-major au 6e régiment de dragons, t. LIII, p. 227.

La propulsion de l'esquille dans l'estomac fut effectuée (contre l'intention du chirurgien, qui était d'extraire le corps étranger) à l'aide d'une tige de baleine portant à l'une de ses extrémités un morceau d'éponge solidement fixé. Cette observation est remarquable par les phénomènes inflammatoires qui suivirent l'accident (œsophagite), et qui nécessitèrent l'emploi énergique des antiphlogistiques. — Guérison.

II. Fragment d'os arrêté dans l'œsophage; troubles nerveux; propulsion du corps étranger dans l'estomac; guérison; par le même, *ib.* p. 233.

Ici la présence du corps étranger dans l'œsophage, au voisinage du cardia, donna lieu à des accidents spasmodiques violents. La propulsion fut effectuée à l'aide du même instrument que dans le cas précédent. Le sujet éprouva, les jours suivants, une dysphagie très douloureuse, et il continua à accuser une sensation de resserrement de la poitrine. On dut pratiquer six saignées. — Guérison.

III. Fragment d'os très volumineux arrêté dans l'œsophage, perforation de ce conduit et de l'aorte; mort; par M. Bart, chirurgien aide-major au 64me de ligne, *ib.* p. 237.

Il y a à noter, dans cette observation : l'apparente innocuité du corps étranger, l'insignifiance des symptômes, tandis qu'un travail mortel, l'ulcération de l'œsophage et de l'aorte, se produisait. L'hémorrhagie eut lieu dans l'estomac, qui renfermait un kilogramme et demi de sang artériel. Elle se fit assez lentement, et la mort ne fut pas instantanée, parce que l'ouverture de communication entre les deux conduits était très étroite.

IV. Fragment d'os arrêté dans l'œsophage, au dire du malade; abcès, au cou; pleuro-pneumonie et péricardite consécutives; mort; par M. *Durand*, chirurgien-major au 49e de ligne, *ib.* p. 239.

Il s'agit ici d'un abcès situé à côté de l'œsophage et de la trachée, et non d'un corps étranger. La mort arriva à la suite d'accidents cérébraux très prononcés. L'observation manque de détails. Elle a servi de texte au rédacteur du Recueil, pour expliquer comment les individus affectés de semblables abcès ont la sensation d'un corps étranger arrêté dans l'œsophage, et pour présenter quelques remarques sur les abcès dits *rétro-pharyngiens*. Il cite le cas observé par l'un des membres du conseil, d'un individu menacé d'asphyxie par suite d'un abcès du côté droit du cou, et chez lequel l'ouverture du foyer fut suivie d'un soulagement immédiat. Il rapporte aussi brièvement l'exemple observé par M. Pasquier fils, d'un soldat, qui, ayant reçu une balle dans la bouche, faisait de grands efforts d'expuition, et chez lequel le projectile, qui avait dû traverser le pharynx, fut retiré d'un abcès formé au côté gauche du cou.

CORPS ÉTRANGERS. — Observations de corps étranger dans l'articulation fémoro-tibiale droite, t. LVI, p. 261 (*Voyez* clinique chirurgicale de Versailles).

CORPS ÉTRANGERS. — Mémoire et observations sur les corps étrangers introduits ou développés dans le conduit auditif externe, par M. *Constantin Latour*, chirurgien aide-major de deuxième classe au 23e régiment d'infanterie légère, t. LX, p. 238.

Classification des corps étrangers qui se développent ou s'introduisent dans l'oreille externe. — Ces corps étrangers se divisent en deux classes : corps développés dans l'oreille; corps introduits dans l'oreille. La seconde classe comprend quatre groupes : 1° corps jouissant de mouvements spontanés (insectes) ; 2° corps susceptibles de se gonfler et même de germer dans le méat; 3° corps de volume invariable; 4° corps liquides pouvant exercer une action chimique.

Symptômes et diagnostic, pronostic et traitement des corps étrangers de l'oreille, en général.—Symptômes.—Douleur, irritation, quelquefois nulles; dysécée à peu près constante, pouvant conduire à la cophose ; troubles nerveux à la face, au cerveau, aux glandes salivaires, etc. — *Diagnostic.* Parfois très difficile. Erreurs nombreuses. Elles ont pour cause l'étroitesse, la courbure du conduit, et ensuite l'inexpérience, l'ignorance d'un grand nombre de chirurgiens. Deux sens fournissent les renseignements nécessaires au diagnostic des corps étrangers de l'oreille. — *Exploration au moyen du sens de la vue.* L'emploi du spéculum est nécessaire dans la grande majorité des cas. Celui dont on se sert habituellement est trop volumineux et trop cher. L'auteur l'a modifié de manière qu'il puisse s'adapter aux mors d'une pince à anneaux ordinaire et trouver place dans la trousse réglementaire. *Mode d'application du spéculum.* Rien ne vaut la lumière du soleil; on y supplée souvent par la lumière artificielle dont il est possible d'augmenter l'intensité à l'aide de réflecteurs. Si le cérumen est abondant, on l'extrait, après l'avoir ramolli au besoin. — *Exploration au moyen du toucher.* On emploie à cet effet un stylet boutonné, une épingle, une érigne, un bistouri à lame étroite, un canif, etc. Le corps étranger piqué peut donner du sang (polype), etc. Si la muqueuse est gonflée, injections, au besoin dilatation avec l'éponge préparée. — *Pronostic.* Il est toujours sérieux et souvent grave. On a à craindre la réaction encéphalique. Paré a signalé ce danger redoutable. Du reste, le pronostic varie suivant une foule de circonstances, et, en particulier, suivant la nature du corps étranger. — *Traite-*

ment. Un malade accuse de vives douleurs dans l'oreille. Il faut extraire le corps étranger. La première indication consiste à injecter de l'huile, du lait, un liquide émollient quelconque. Deux cas se présentent : 1° le corps est mou, filamenteux (cérumen, coton, papier), et une pince, une curette, une érigne, suffisent à l'extraction; 2° le corps est dur, arrondi, des manœuvres et instruments divers ont été proposés dans ce dernier cas : *l'éternuement*, moyen dont on ne peut graduer l'action et qui expose au déchirement de la membrane tympanique; *la chute sur le côté correspondant de la tête*, moyen dangereux; *l'agglutination par des matières poisseuses*, moyen insuffisant; *l'aspiration à l'aide d'une canule*, qui renferme une bonne idée, celle de l'application de la pression atmosphérique à l'extraction des corps étrangers; *l'incision de la conque du pavillon de l'oreille*, moyen douloureux et inutile; le *tire-fond*, qui, avec les précautions convenables, peut être très-utile; *le stylet rougi au feu*, qui fut employé dans un cas pour percer un noyau de cerise, lequel fut extrait ensuite avec un petit crochet; l'*aiguille à coulisse de Ravaton*, qui pourrait être simplifiée et devenir très utile; le *stylet curette de M. Bégin*, qui a les avantages de l'aiguille de Ravaton, sans en avoir les inconvénients; les *injections*, soit par la trompe, soit par le méat; plusieurs espèces de pinces, tenettes, etc. — *Traitement des complications.* — On combat les complications par les anti-phlogistiques, etc.

DES CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE, EN PARTICULIER.

PREMIÈRE CLASSE : *Corps développés dans l'oreille externe; concrétions cérumineuses.* — Fréquentes chez les vieillards; elles sont quelquefois dures comme des pierres; leur forme, leurs dimensions, varient; elles sont quelquefois formées presque en entier d'un amas de pellicules. La caisse du tympan peut être engouée en même temps que le méat est obstrué. D'après Duverney, l'accumulation du cérumen est la cause de l'espèce de surdité la plus commune et la plus guérissable. Si la matière est molle, on l'enlève avec une curette; si elle est dure, on la ramollit avec un liquide, particulièrement avec de l'huile, qu'il peut être bon d'introduire la veille du jour de l'opération. — *Observation première.* Surdité par l'effet de concrétions cérumineuses de la longueur d'au moins un centimètre, qui furent ramollies à l'aide d'injections huileuses, et extraites le lendemain avec facilité.

DEUXIÈME CLASSE. *Corps étrangers introduits dans l'oreille externe. — Premier groupe. Corps étrangers jouissant de mouvements spontanés.* Ce sont des insectes ou des larves. Le plus dangereux de ces insectes est le perce-oreille. Le pronostic est grave au point de vue des symptômes locaux et des accidents sympathiques, qui souvent sont très graves; il l'est peu au point de vue de la curabilité du mal. L'extraction est facile; on peut

l'opérer au moyen de pinces, de tampons de coton, de stylets enduits de poix ; on peut noyer l'insecte dans un liquide, eau tiède, lait, huiles diverses, etc.; on peut l'attirer à l'aide d'une moitié de pomme ou de pomme de terre, ou d'un morceau de viande. — *Deuxième observation.* Extraction d'un perce-oreille qui causait d'atroces douleurs, au moyen d'une injection d'huile d'olive. — *Deuxième groupe.—Corps étrangers susceptibles de se gonfler et même de germer dans le conduit auditif externe.* Ce sont des pois, des haricots, des noyaux, des boulettes de mie de pain, de papier. Le gonflement de ces corps étrangers donne lieu aux douleurs les plus vives et quelquefois aux plus graves accidents. Les injections huileuses, les érignes, les tire-fonds, les vrilles, l'aiguille à coulisse, le stylet-curette, peuvent être utilement employés à leur extraction. — *Troisième observation.* Noyau de cerise qui en avait imposé pour un sequestre du temporal, d'autant plus que le sujet, qui était lymphatique, avait eu précédemment une otite. Des injections huileuses suffirent pour en débarrasser le malade dans l'espace de trois jours. Le corps étranger était accolé à la membrane du tympan et peu mobile; quand on l'ébranlait, les douleurs s'irradiaient en tous sens dans la moitié correspondante de la face et du crâne; l'œil se remplissait de larmes et la bouche de salive. La salivation était d'une prodigieuse abondance, et dura deux ans chez une fille dont les oreilles renfermaient une grande quantité de laine puante (Power). L'auteur conclut de ces faits, qu'il rapproche d'une observation de M. Bonnafond, que la corde du tympan n'appartient exclusivement ni à la glande sous-maxillaire ni à la langue, et que ses filets s'épanouissent dans chacun de ces deux organes (En note : Remarque du R. sur l'origine et la nature de la corde du tympan). — *Troisième groupe. Corps dont le volume ne change point dans l'intérieur du conduit auditif.* Ce sont : 1° des corps anguleux ou piquants, qui blessent plutôt qu'ils ne compriment, et qu'il est généralement facile d'extraire ; 2° des corps arrondis à surface polie (globules de verre, perles, billes, etc.), que l'on extrait avec une curette, le tire-fond, l'aiguille de Ravaton, le stylet de M. Bégin; 3° des corps qui se tassent (coton, laine, papier, charpie). — *Quatrième observation.* Tampon de coton resté dans l'oreille, où il avait été oublié par le malade, et ayant donné lieu à une demi-surdité et au ptyalisme. Extraction faite à l'aide d'une épingle dont la pointe avait été légèrement courbée. — *Cinquième observation.* Un jeune soldat se disait atteint depuis deux ans d'une surdité presque complète. L'auteur examina les oreilles au spéculum, et trouva le conduit plus court que d'ordinaire. Une épingle à pointe recourbée fut introduite, fit constater, puis servit à extraire un bouchon de laine noirâtre à odeur fétide. Le sujet avait eu une otite, pour laquelle on lui avait fait mettre dans les oreilles des bouchons de laine trempés

dans de l'huile d'olive ; il les oublia, et son ouïe étant devenue très dure, il se les rappela, et voulut les faire enlever ; mais on lui conseilla de les garder, et de faire le sourd pour être réformé. — *Quatrième groupe. Corps mous ou liquides dont quelques-uns exercent une action chimique sur les téguments du conduit auditif externe.* Ce sont le vinaigre, l'acide sulfurique, etc. Le traitement consiste à injecter de l'eau en abondance. Les fraudeurs se servent quelquefois de miel, de suif rance, de fromage pourri, etc., pour simuler des maladies de l'oreille. *Conclusions.* L'auteur y résume son travail en vingt-deux propositions.

CORRESPONDANCE. — Analyse d'une lettre, en date du 15 octobre 1839, par laquelle M. Peysson, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon, signale au conseil de santé les résultats obtenus de l'emploi de la saignée générale dans la dysenterie hémorrhagique, t. XLVII, p. 377.

« L'effet de la saignée, dans le traitement de la dysenterie, « tient, dit M. Peysson, du merveilleux ; elle enlève les dysen- « teries les plus aiguës plus facilement qu'un mal de tête plétho- « rique; plus sûrement que la quinine ne supprime une fièvre « intermittente. »

L'auteur annonce un Mémoire sur sa méthode de traitement.

CONSTANTINE. — Rapport sur les hôpitaux civil et militaire de cette ville, t. LII, p. 230. (*Voyez* Algérie).

COUP DE FEU. — Observation d'un coup de feu ayant traversé l'articulation tibio-fémorale droite ; guérison avec ankylose; par M. *Demortain,* chirurgien sous-aide à l'hôpital du Dey, à Alger, t. XLVI, p. 99.

La balle, entrée dans le genou par la partie moyenne de l'espace poplité, sortit immédiatement au-dessous de la rotule sans fracturer cet os. On fit une saignée du bras, et on appliqua des sangsues à diverses reprises. La synovie sortait pure ou mêlée au pus par la plaie postérieure. Plusieurs petites esquilles, puis un morceau de drap, furent éliminés. Un abcès énorme se forma à la cuisse et fut ouvert; puis la jambe se refroidit et s'infiltra. Des symptômes gastriques se manifestèrent et furent combattus. Une large et profonde eschare se forma au sacrum, et, à sa chute, laissa l'os à nu. Malgré tant d'accidents, la guérison eut lieu, avec ankylose et rectitude du membre. Un moment, l'amputation avait paru indispensable et avait été proposée; le blessé

s'y était refusé. Il est à remarquer que ce militaire était fébricitant au moment de la blessure. — L'auteur de l'observation cite en terminant, un second fait analogue.

COUP DE FEU. — Observation de coup de feu à travers l'épaule ; par M, *Fleschut*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Dey, à Alger, t. LII, p. 297.

Coup de feu à travers l'épaule droite. Contre-ouverture, extraction d'une portion de balle et de plusieurs esquilles; saignée. Erysipèle phlegmoneux de l'épaule et du bras droit. Réaction intense. Sangsues; cataplasme opiacé. On donne le sulfate de quinine, dans la crainte que l'élément intermittent ne soit pour quelque chose dans les accidents. Un érysipèle phlegmoneux se déclare à l'avant-bras et à la main du côté gauche. Après des accidents divers, après avoir éprouvé des contractions convulsives des muscles de la face et du cou, du délire et du coma, le blessé succombe quinze jours après l'accident. L'apophyse coracoïde était brisée à sa base, et la balle avait traversé la fosse sous-épineuse; il y avait neuf esquilles; une moitié de balle fut trouvée à cheval sur l'échancrure coraco-acromiale; l'omoplate était partagée par une fissure transversale en deux parties; la capsule articulaire et la coulisse bicipitale étaient remplies d'un pus sanieux. — Suivent deux observations de larges plaies de l'épaule par des boulets de gros calibre, observations tirées de la clinique chirurgicale de Larrey, et dans lesquelles cet illustre chirurgien pratiqua avec succès la désarticulation scapulo-humérale. Le cas de M. Fleschut diffère des précédents en ce que le désordre était considérable, mais caché en très grande partie. Les débridements sont nécessaires, dans les blessures du voisinage des articulations, pour faciliter l'exploration. Lorsque le scapulum est fracturé, c'est au chirurgien de savoir ce qu'il doit enlever et ce qu'il doit laisser. Il n'est pas possible de poser de règles précises à cet égard.

COUP DE FEU. — t. LV, p. 233. (*Voyez* Chirurgie.)

COUP DE FEU. — *ib.* p. 244. (*Voyez* Chirurgie.)

CRISTIANI (A.), *chirurgien sous-aide* (1). — Note sur un phénomène consécutif au choléra-morbus, parvenu à la période algide, terminé par la guérison, t. XLIV, p. 334.

---

(1) Actuellement chirurgien aide-major au 10e d'artillerie.

CUVELLIER, *chirurgien aide-major au 62e régiment de ligne* (1). — Remarques physiologiques et médicales sur les Arabes et les Européens, faites en Algérie, t. LI, p. 81.

CYANHYDRATE D'AMMONIAQUE (Formation du). t. L, p. 315. (*Voyez* Gaz ammoniac.)

D

DEBENEY (Antonin), *chirurgien aide-major au 12e régiment de ligne* (2). — Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie par l'azotate d'argent à haute dose, et sur l'emploi des injections caustiques à toutes les périodes de l'uréthrite, t. LIV, p. 315.

DÉCHIRURE INTESTINALE. — Observation de déchirure intestinale par contusion, communiquée par M. *Antoine*, chirurgien-major au 11e régiment de chasseurs, t. XLIX, p. 174.

Un homme reçoit à toute volée un coup de pied de cheval à la région hypogastrique. Péritonite. Mort. A l'autopsie, on trouve du pus dans la cavité péritonéale. Une portion du jéjunum, appliquée sur la colonne vertébrale, était déchirée dans la moitié de sa circonférence. La colonne vertébrale a fourni un point d'appui au pied du cheval. Il est probable que la perforation a eu lieu non pas immédiatement, mais par mortification, dix-huit heures après le coup ; c'est le moment où des vomissements se sont manifestés. Lorsque le coup n'a pas lieu à l'improviste, les muscles se contractent, et alors ils sont souvent déchirés. Dans un cas observé à la clinique de la Faculté de Strasbourg, on constata que la tunique péritonéale était déchirée dans une moindre étendue que la tunique musculeuse et la tunique muqueuse ; dans d'autres portions de l'intestin, les deux tuniques internes étaient

(1) En ce moment chirurgien-major au même régiment.

(2) En non-activité pour infirmités temporaires.

divisées ; la séreuse seule avait résisté. Chez un individu qui avait reçu un coup de couteau dans l'abdomen, et qui avait succombé le douzième jour de sa blessure, moins à celle-ci qu'aux accidents de la fièvre typhoïde, on trouva des portions d'intestin qui avaient été froissées par le dos de la lame et dont les membranes muqueuse et musculeuse offraient une solution de continuité. Suivant que le sujet voit arriver le coup ou ne s'en doute pas, les muscles abdominaux se contractent ou restent relâchés, et les viscères sont plus ou moins préservés. Des trois tuniques, la séreuse résiste plus que les deux autres, et la musculeuse plus que la muqueuse. Des lésions viscérales mortelles peuvent avoir lieu, en l'absence de toute trace de contusion extérieure.

DÉGÉNÉRESCENCE OSSEUSE (par suite de cause traumatique), t. LVIII, p. 274 et 286. (*Voyez* Chirurgie).

DÉGÉNÉRESCENCE SQUIRRHEUSE. — Observation de dégénérescence squirrheuse du tissu cellulaire de l'orbite, chez un malade atteint de ganglionite cervicale ; par M. *A. Bertherand* (de Bazeilles), chirurgien aide-major de première classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. LIII, p. 248.

La maladie débuta par une tumeur cervicale du côté gauche, à la suite de privations; cette tumeur offrait des orifices fistuleux qui donnaient passage à du pus en petite quantité. L'œil gauche commença à faire saillie ; malgré plusieurs applications de sangsues, l'exophtalmie fit des progrès et devint effrayante. Les humeurs de l'œil se troublèrent, la cornée se flétrit, et le globe oculaire se vida. L'œil droit présenta bientôt la même altération, qui acquit en peu de temps le même développement que du côté opposé. L'aspect du malade, dont le visage présentait deux énormes tumeurs d'un rouge vineux, contrastant avec la teinte terreuse de la face, était hideux. La cécité était complète. Un mois avant la mort, il y eut un accès de convulsions violentes qui dura deux heures, avec des douleurs atroces dans les régions antérieures de l'encéphale. On trouva un squirrhe de l'orbite ; cette cavité était plus évasée que de coutume, et ses parois, surtout la supérieure, étaient très-amincies. Le cerveau était très ramolli dans une grande étendue de sa partie antérieure. — Réflexions du rédacteur sur cette observation, sur la possibilité de l'ulcération des artères du cou par le fait de ganglionites suppurées, sur l'extension possible de l'inflammation des ganglions cervicaux à ceux du devant de la trachée et au tissu cellulaire du médiastin.

DELEAU (Anselme-Jean-Baptiste), *chirurgien-major au 7e régiment de cuirassiers* (1). — Observation d'éventration avec étranglement de l'épiploon et de l'intestin ; débridement, réduction et suture; guérison; t. XLVII, p. 296. — Observation de cancer fongueux du globe oculaire ; extirpation ; guérison ; *ib* , p. 298. — Trajet d'une balle de pistolet tiré à quarante pas, *ib.*, p. 302. — (A fait, conjointement avec M. Ferrus, un rapport topographique sur Constantine, et seul, un rapport annuel sur l'hôpital civil et le dispensaire de cette ville, dont on a extrait des documents relatifs à l'histoire médicale de l'Algérie), t. LII, p. 230. (*Voyez* Algérie.) — Observation de fracture comminutive de la jambe; amputation de la cuisse; accidents graves survenus après la cicatrisation complète du moignon; guérison; t. LIV, p. 295.

DELESTRE, *pharmacien aide-major à l'hôpital militaire d'Oran* (2). — Esquisse géologique sur le sol de la ville et des environs d'Oran, t. XLVI, p. 324.

DEMORTAIN (Napoléon-François), *chirurgien sous-aide à l'hôpital du Dey, à Alger* (3). — Observation d'un coup de feu ayant traversé l'articulation tibio-fémorale droite ; guérison avec ankylose; t. XLVI, p. 99.

DENSITÉ DES URINES (chez l'homme sain), t. LVIII, p. 328. (*Voyez* Urines.)

DESGENETTES (le baron). — Discours prononcé à ses obsèques; par M. *Broussais*, membre du conseil de santé des armées, t. XLII, p. 1.

DÉSINFECTION. — Note sur l'emploi de la suie de

---

(1) Actuellement attaché aux hôpitaux de l'Algérie.

(2) Aujourd'hui pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Rennes.

(3) En ce moment pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Toulon.

houille comme moyen de désinfection des baquets à urine, t. LIV, p. 359.

Une note ministérielle du 4 décembre 1840, insérée au Journal militaire, a indiqué à l'armée l'usage de la suie de cheminée, comme moyen de désinfection pour prévenir le dégagement des gaz nuisibles qui s'échappent des baquets à urine. — La suie de bois ayant manqué dans plusieurs localités, on a été conduit à y suppléer par la suie du charbon de terre. Des essais faits à Besançon par les soins de M. Galinier, pharmacien en chef de l'hôpital militaire, il est résulté que, dans des baquets lavés, grattés et au besoin goudronnés à l'intérieur, il suffit de déposer de 3 à 4 grammes d'huile empyreumatique, et 500 grammes de suie de charbon de terre délayée dans 3 litres d'eau, pour conserver 40 litres d'urine, inodore et non décomposée, pendant 48 heures à l'action d'une chaleur de 25 degrés. — Ces expériences ont été répétées, et de nouvelles épreuves entreprises au Val-de-Grâce par M. le pharmacien inspecteur Brault et par M. le professeur Millon; d'où il est résulté que la suie de houille, sans addition d'huile empyreumatique, peut remplacer dans les mêmes proportions la suie de bois, pour arrêter pendant 24 heures la putréfaction de l'urine. Le goudronage est alors indispensable.

DIARRHÉE. — Diarrhée peu intense pendant quatre mois. Invasion brusque des symptômes qui caractérisent la dysenterie aiguë. Emphysème du tissu interlobulaire des poumons et du tissu cellulaire d'une grande partie du corps. Délire et quelques mouvements spasmodiques vers les derniers jours. Mort. Observation recueillie par M. *Cazalas*, médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Lyon, t. LI, p. 198.

Le titre qui précède indique suffisamment l'objet de l'observation. Rien de particulier dans le traitement. A l'autopsie, l'auteur trouve un énorme dépôt d'air, au niveau et au-dessous des seins, avec emphysème du membre thoracique gauche; il pense que cette infiltration gazeuse n'a eu d'autre cause déterminante que les seuls efforts du malade pour aller à la garde-robe; l'air aurait pénétré de l'intérieur à l'extérieur, par le tissu cellulaire du médiastin antérieur, qui fait communiquer la poitrine avec le col.

DIGITALE POURPRÉE. — Recherches chimiques sur le suc de digitale pourprée; par M. *A. Henry*, phar-

macien aide-major chargé du service de l'hôpital militaire de Phalsbourg, t. XLIII, p. 373.

Le suc de digitale pourprée est d'un vert foncé, d'une odeur herbacée nauséabonde, d'une saveur amère très prononcée, plus pesant que l'eau, rougissant le papier de tournesol. Des expériences variées, entreprises sur le suc de la digitale pourprée récemment obtenu par expression et sur une quantité du même suc conservée pendant un an, soumis tous deux à l'action de divers réactifs, l'auteur a pu tirer les conclusions suivantes : le suc frais de cette plante contient, comme la feuille sèche, un principe amer particulier uni à l'acide gallique qu'il nomme *digitaline*; l'acide libre, du suc et de la plante desséchée, est l'acide gallique; ce suc contient du gallate de chaux, de l'hydrochlorate de la même base et des traces de fer; l'acide gallique et le principe amer s'y décomposent dans un laps de temps qui ne dépasse pas un an; de cette décomposition naissent de l'acide carbonique et une matière végétale particulière; après ces décompositions, la réaction observée est due au carbonate de chaux tenu en solution par un excès d'acide carbonique; la fécule verte contient de l'amidon et est probablement dépourvue de propriétés actives; enfin, il ne faut pas confondre ce principe amer avec la digitaline de quelques auteurs.

DISTRIBUTION DES PRIX. — (*Voyez* Hôpitaux militaires d'instruction).

DORTHOLAN (Bernard), *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Lyon* (1). — Observation de fracture du pariétal, avec enfoncement et compression du cerveau; opération du trépan; guérison; t. XLVIII, p. 351.

DUPLAN (Stanislas), *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Barèges*. — Relation d'une épidemie de varioles et de varioloïdes, observée sur le 1er régiment de hussards, en garnison à Stenay (Meuse), pendant le premier semestre de 1841, t. LI, p. 123.

DURAND (A.), *chirurgien sous-aide à l'hôpital de perfectionnement* (2). — Observation de carie du corps de l'axis, fracture de l'apophyse odonthoïde; luxa-

---

(1) Admis à la retraite.
(2) Aujourd'hui chirurgien aide-major au 6e de ligne.

tion de l'atlas en avant, et compression de la moelle; mort instantanée; recueillie dans le service de M. Soudan, à l'hôpital de perfectionnement de Paris; t. XLV, p. 336.

DURAND (Jean-Baptiste), *chirurgien-major du 49e régiment de ligne* (1). Note sur la topographie du département de l'Hérault, accompagnée d'observations sur le recrutement, et de la relation d'une épidémie essuyée à Nîmes par le 49e de ligne; t. XLIX, p. 64. — Observation de fragment d'os arrêté dans l'œsophage, au dire du malade; abcès au cou; pleuro-pneumonie et péricardite consécutive; mort; t. LIII, p. 239. — Observation de méningite intermittente; succès du sulfate de quinine (extrait d'un rapport), t. LIV, p. 198.

DYSENTERIE. — Mémoire sur une épidémie de dysenterie, observée à Ancenis (Loire-Inférieure); par M. *Agnès*, D. M. P., chirurgien-aide-major au 6e régiment d'infanterie légère, t. XLIV, p. 320.

Aperçu topographique de la ville d'Ancenis. Choléra en 1832, réapparition dans l'hiver de 1834 à 1835. Vers le mois d'août 1835, manifestation d'une épidémie dysentérique.

Première forme. Affection dysentérique très intense, symptômes communs à cette maladie et au choléra.

Deuxième forme. Affection dysentérique de moyenne intensité.

Troisième forme. Affection dysentérique peu intense; symptômes communs à cette maladie et à la cholérine.

DYSENTERIE.—Mémoire sur la dysenterie. Méthode aussi simple que facile de la guérir en peu de temps; par M. *Peysson*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon, t. XLVIII, p. 248.

« Est-il en médecine un seul sujet, demande M. Peysson, qui « ait donné lieu à tant de divagations, que l'étude de la dysen- « terie, et qui prouve mieux la faiblesse de l'entendement hu- « main? »

Après avoir passé en revue les opinions des anciens et des modernes sur la dysenterie, sa nature et son traitement, l'auteur

(1) En ce moment chirurgien-major au 9e d'artillerie.

signale la manifestation, en 1839, d'une affection dysentérique parmi les militaires de la garnison de Lyon. Au début de l'épidémie, M. Peysson emploie « le traitement antiphlogistique ordi-» naire, qui lui réussit assez souvent. Mais les malades guérissent » lentement et avec beaucoup de difficulté. Quelques dysenteries » passent à l'état chronique, et *on sait ce qui leur advenait plus* » *tard.* »

Plus tard, l'auteur a eu recours, dès le début, à de larges saignées, au moyen desquelles il affirme être parvenu à juguler la maladie. A l'appui de ses opinions, il rapporte vingt-cinq observations, puis il termine par quelques corollaires. Pour M. Peysson, dysenterie et colite sont choses identiques. Ce principe posé, il va de soi que la saignée devient le meilleur et l'unique traitement. « Malheur, dit-il, au praticien qui, s'en laissant imposer par » une fausse apparence de faiblesse, craint de recourir à la saignée » générale. » La diète est le complément obligé de la saignée.

N. d. R. Depuis 1843, cinq épidémies dysentériques se sont manifestées chaque année vers la fin du mois d'août parmi les militaires de la garnison de Versailles. Elles se sont constamment localisées, non par corps, mais par casernes, en épargnant d'une manière à peu près complète, les casernes alimentées par des eaux autres que les eaux d'étang. Les habitants civils, ainsi que la portion la mieux nourrie de la garnison, ont constamment été épargnés. La maladie a revêtu la forme la plus grave. Pas une seule saignée générale n'a été pratiquée; le traitement a été des plus incendiaires, car il consistait dans l'administration de soixante grammes de sulfate de magnésie, avec un décigramme d'émétique; souvent cette dose était administrée deux fois dans la même journée. Eh bien, l'auteur de cette note affirme n'avoir jamais vu aucun traitement antiphlogistique ou autre produire des résultats aussi satisfaisants, soit en France, soit en Morée, soit en Afrique. Le vin, à la dose de 260 grammes, et l'opium à 10 et 20 centigrammes étaient les seuls adjuvants de la médication éméto-cathartique. Sous l'influence de ce traitement, le nombre des selles passait souvent brusquement de 20 à 2 ou 3; les matières, de sanguinolentes, devenaient stercorales; l'appétit renaissant était immédiatement satisfait, non avec du lait, mais avec du bouillon. Les résultats ont été des plus heureux, le registre des décès le prouve.

Est-ce à dire que nous excluons systématiquement les déplétions sanguines; nous n'avons jamais eu cette pensée. Seulement, nous croyons que la dysenterie n'est pas *une*; qu'elle est au contraire très variable de forme, et que le traitement doit s'adapter à la forme. Pour nous la *colite*, quand elle vient à compliquer l'*affection* dysentérique, doit être combattue par les antiphlogistiques, mais nous pensons que cette complication est des plus rares.

L'auteur de cette note, atteint de dysenterie très grave à Na-

varin, en 1828, fut sur le point de succomber aux mauvais effets des déplétions sanguines, alors le seul traitement à la mode. Heureusement il s'arrêta à temps, et il eut recours à une médication, qualifiée aujourd'hui d'incendiaire, et qui fut suivie d'un prompt rétablissement.

DYSENTERIE. — Traitement de la dysenterie d'Oran, t. LII, p. 292. (*Voyez* Algérie.)

DYSENTERIE. — Observations de dysenterie aiguë avec détachement de la muqueuse du gros intestin; par M. *Catteloup*, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Tlemcen, t. LVII, p. 66.

L'auteur rapporte deux observations de dysenterie suivie de mort. A l'autopsie, on trouve la muqueuse du gros intestin parfaitement détachée de la tunique musculeuse. Dans le premier cas, elle formait un véritable cylindre de 52 centimètres de longueur; dans le second, elle se présentait sous la forme d'un large ruban de 55 millimètres de largeur sur 35 centimètres de longueur.

DYSENTERIE AIGUE, t. LI, p. 198. (*Voyez* Diarrhée.)

E

EAU. — Note sur les fonctions de l'eau dans la germination; par M. *Poggiale*, pharmacien-major et professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, t. L, p. 329.

La germination est une des périodes de la vie végétale que les physiologistes ont étudiées avec le plus de succès. Senebier et Huber ont prouvé qu'elle n'a pas lieu dans le vide parfait, et que l'oxygène lui est indispensable. Théodore de Saussure a examiné l'action chimique de ce gaz pendant le développement de l'embryon, pour lequel l'action de la chaleur et de l'eau sont des nécessités absolues. Cependant, les fonctions de l'eau n'avaient pas été examinées dans toute leur étendue. On s'était contenté d'étudier les phénomènes apparents et les effets de ce liquide sans savoir comment ils sont produits. — Expériences variées sur les graines provenant de graminées, de synanthérées, de borraginées, de légumineuses, de crucifères, de renonculacées, de cucurbitacées, de colchicacées etc., exposées nues au contact de l'eau, ou ayant quelques-uns de leurs organes recouverts de cire molle. L'auteur a

suivi sur de grosses graines la marche de l'eau colorée, absorbée et transmise aux cotylédons et à la plumule. — Les observations, consignées dans ce travail, permettent de le terminer par les conclusions suivantes : L'eau pénètre dans les graines nues par le spermoderme ; les graines recouvertes de leur péricarpe, comme le cariopse des graminées et l'akène des synanthérées, absorbent l'eau par l'ombilic ; dans ce dernier cas, l'eau s'infiltre d'abord entre le péricarpe et la graine, et s'introduit ainsi dans celle-ci par le spermoderme ; l'absorption de l'eau se fait de la même manière dans les dicotylédones et les monocotylédones ; l'eau traverse le test, le monosperme et le tissu cellulaire placé sous la radicule : celle-ci l'absorbe et la transmet aux cotylédons et à la plumule ; l'albumen reçoit l'eau du tissu cellulaire et se transforme, sous l'influence de celle-ci et de l'oxygène, en matière nutritive destinée au développement de l'embryon ; cette matière nutritive est versée dans la cavité que l'on voit sous la radicule : celle-ci l'absorbe, et elle se répand dans toutes les parties de la jeune plante.

EAU. — Analyse de l'eau du puits foré de l'hôpital militaire de Lille, pour servir à l'hygiène et à la géologie ; par MM. *Garreau* et *Gillet*, pharmaciens aides-majors, t. LVII, p. 265.

Deux ans avant l'époque où ce travail fut entrepris, cette eau avait déjà été essayée dans le but d'en apprécier la nature ; mais les données, fournies par une simple recherche qualitative, étant insuffisantes pour connaître les différentes applications qu'on en peut faire, les auteurs ont pensé qu'il serait utile, sous le point de vue de l'hygiène et sous celui de la géologie, de déterminer la nature et les quantités de ses matériaux. — A la sortie du robinet, l'eau du puits foré de l'hôpital de Lille, habituellement limpide, laisse dégager de nombreuses bulles de gaz. Elle exhale une odeur légère d'acide sulfhydrique ; mais sa saveur, cependant, est celle des bonnes eaux potables. Sa température est de 12°. Son action sur l'infusé de tournesol dénote l'alcalinéité. — Les auteurs ont opéré sur 10 kilogrammes pour l'analyse d'essai, et sur 100 pour celle des quantités. Les premiers ont été évaporés avec les soins convenables ; le résidu, séché à 200°, pesait 6, 5, dont 1, 5 de sels insolubles. — Pour l'analyse des quantités des matières fixes, 100 kilogrammes d'eau ont été évaporés jusqu'à réduction à 1 kilogramme. Ce résidu fut alors filtré. Les matières restées sur le filtre, après avoir été lavées et séchées à 200°, pesaient 13, 0, et les sels solubles, desséchés de manière à éviter la décomposition de la substance organique, 52, 0. — Les procédés analytiques, employés sur les uns et les autres, ont fait recon-

naître directement, par abstraction ou par calcul, que cette eau était composée ainsi qu'il suit: Pour 100,000, azote, 2,330 cm. c.; acide sulfhydrique, des traces ; bicarbonate de chaux, 7,620 ; bicarbonate de magnésie, 7,500; bicarbonate de soude, 27,842 ; carbonate de fer, 0, 309 ; sulfate de soude, 22,138 ; chlorure de sodium, 4,113 ; chlorure de potassium, 3,734; savon de pétrole et de potasse, 2,184; silice, 2,000; matières organiques azotées, 0,543. Cette eau diffère de celle du puits de Grenelle, 1° en ce qu'elle ne contient ni oxygène ni acide carbonique libres; 2° par les sels de soude, qui remplacent ceux de potasse; 3° par la somme des matières fixes qui se trouvent y être presque quintuples. — Énumération des différentes couches de terrain que la sonde a traversées dans le forage du puits de l hôpital de Lille, et dont les principales sont, indépendamment de la terre végétale, la marne jaune sablonneuse, le sable argileux, la craie blanche tendre, la craie blanche compacte, la craie marneuse et calcaire compacte, la marne argileuse verdâtre, un mélange confus de sable, marne pyriteuse et fragments de calcaire paraissant remplir une vaste fissure, enfin, un rocher très dur présentant de nombreuses fissures d'où l'eau s'échappe. — Coup d'œil sur la composition des eaux qui sourdent des terrains cristallisés, et qui puisent leurs matériaux au-dessous d'eux : telles sont celles du Mont-D'or, de Saint-Allyre, de Carlsbad, de Télise, de Saint-Philippe en Toscane, de Vichy, etc. Comparaison de ces eaux à l'eau de puits foré de l'hôpital de Lille, dont la composition est semblable, et où la silice abonde également. Conjecture sur la manière dont cette dernière s'est minéralisée. Hypothèses sur la formation de la craie. Difficulté d'expliquer l'origine de la silice, de la magnésie, qui se montre quelquefois abondante, et surtout des tablettes quartzeuses qui remplissent ses fissures. — Envisagée sous le rapport de l'hygiène, l'eau de puits foré de Lille offre toutes les conditions de salubrité désirables, soit pour les besoins culinaires, soit pour ceux de la médecine ; seulement, comme elle ne contient pas d'oxygène, il est nécessaire de l'aérer pour la préparation des boissons que l'on fait à froid.

EAU FROIDE. — (Emploi de l'eau froide dans les lésions chirurgicales des membres) t. XLII, p. 348. — (*Voyez* Lésions chirurgicales).

EAU HEMOSTATIQUE. — Note sur quelques expériences faites avec l'eau hémostatique du docteur Brocchieri, sur les animaux et sur l'homme; par M. *Bonnafont*, chirurgien-major au 3e régiment de lanciers, t. LV, p. 217.

Première expérience. L'artère crurale est coupée en travers

sur un chien de moyenne taille. Un tampon de charpie imbibé d'eau de Brocchieri est appliqué sur la blessure, et arrosé de temps à autre; il reste en place pendant trente-cinq minutes : il n'y a point d'hemorrhagie. — *Deuxième expérience.* Section de la crurale avec perte de substance de cinq millimètres; les effets de l'eau de Brocchieri furent, approximativement, les mêmes que dans l'expérience précédente. — Quatre autres expériences sur les carotides de deux moutons et de deux chiens donnèrent des résultats semblables. Alors, M. Bonnafont essaya cet agent sur l'homme. — *Première observation.* Amputation d'une phalange. Application d'un tampon imbibé d'eau hémostatique. Trois autres tampons sont successivement et aussi vainement appliqués. M. Bonnafont finit par tordre les deux artérioles qui donnaient. — *Deuxième observation.* Extraction d'une balle enkystée située dans le pli de l'aine. L'artère sous-cutanée abdominale fut incisée par suite d'un mouvement rotatoire brusque de la balle, qui eut pour effet d'entraîner le bistouri. La plaie fut remplie de deux tampons imbibés d'eau hémostatique, qui furent arrosés par intervalles. On crut l'écoulement de sang arrêté, mais au bout d'une heure, il avait reparu avec abondance. Il fallut recourir à la ligature. *Réflexions.* L'eau de Brocchieri, efficace contre les hémorrhagies de certains animaux, est de nul effet contre celles de l'homme, ce qui doit dépendre de la moindre plasticité du sang de ce dernier. A supposer que ce liquide fût efficace contre les hémorrhagies de l'homme, la nécessité d'une compression, qui ne peut être moindre d'une demi-heure (Brocchieri) en ferait un moyen très inférieur à la ligature et à la torsion, spécialement sur les champs de bataille.

EAUX MINERALES. — Analyse des eaux minérales d'Hammam-Berda et d'Hammam-mez-Koutin; par M. *F. M.* — *Tripier*, pharmacien aide-major à l'armée d'occupation d'Afrique, t. XLVII, p. 320.

I. Entre Bone et Constantine, au-delà du premier col, est une vallée spacieuse au fond de laquelle serpente une petite rivière bordée de lauriers-roses. Avant d'y arriver, on remarque à gauche de la route, un mamelon couvert par un petit bois de vieux oliviers. Hammam-Birda est à peu de distance. Là, un vaste bassin de construction antique, de forme circulaire, avec une demi-lune excentrique, reçoit les eaux d'un grand nombre de sources thermales fort abondantes qui sourdent dans son enceinte et au pourtour. Situé dans l'espace étroit, sorte de marécage qui sépare la route de la rivière, il est entouré de buissons, de plantes sarmenteuses qui les rendent impénétrables. Le bassin a 36 m. dans un sens, et 42 dans le diamètre qui correspond à la demi-

lune ; il est encombré, dans une partie de son étendue, par des pierres et des matières terreuses. Les sources réunies donnent un volume d'eau capable de faire tourner un moulin ; les gaz, comme refoulés par l'eau, ont à côté de chaque source, une issue particulière dans les sables mobiles au fond du bassin, d'où ils s'élèvent en bouillonnant. A toutes les sources, la température est de 39°,3. L'eau est limpide, incolore, inodore, de saveur agréable; elle ne contient que fort peu de sels à base alcaline ; c'est au bicarbonate terreux qu'elle emprunte ses principales propriétés. L'ébullition la convertit en une eau assez pure, en la dépouillant de ses sels terreux insolubles. Les gaz qui se dégagent près des sources sont composés, sur 100 parties en volume, d'azote, 86 ; d'acide carbonique, 12 ; et d'oxygène, 2. L'analyse de l'eau a conduit l'auteur à établir la composition ainsi qu'il suit : chlorure de sodium, grammes 0,021 ; chlorure de magnésium, 0,018 ; sulfate de soude, 0,052 ; sulfate de magnésie, 0,007 ; sulfate de chaux, 0,020; carbonate de chaux, 0,200; carbonate de magnésie, 0,037; carbonate de strontiane et oxyde de fer, des traces; silice 0,010; matière organique azotée, 0,020. Ces quantités ont été trouvées dans un litre d'eau. — L'auteur se livre à des recherches tendant à découvrir l'origine de ces eaux et les causes de leur thermalité. — Les bains d'Hammam-Birda furent autrefois très-fréquentés. On est fondé à attribuer aux Romains les restes de constructions qui se remarquent dans le voisinage.

II. A un demi myriamètre du côté de l'ouest, en remontant l'Oued Zénati, se trouvent les sources thermales d'Hammam-Mez-Koutin ; elles ont couvert, exhaussées par leurs dépôts, sur 2 kilomètres et demi de long, en se dirigeant vers le sud, la base légèrement déclive de la montagne qui borne l'horizon de ce côté. C'est une langue de terre, située entre deux torrents, dont la surface offre plusieurs plateaux irréguliers qui s'élèvent en s'éloignant de la rivière. Les eaux thermales se font remarquer à une grande distance par les colonnes de vapeur qui s'en dégagent ; en approchant davantage, on distingue un vaste champ hérissé de cônes, près duquel, au sud, il existe des crêtes continues et très-prolongées, formées de dépôts analogues. Sur le plateau, on sent une odeur hydrosulfureuse qui se révèle déjà à plusieurs centaines de mètres des sources. Celles-ci sont dans un état continuel d'ébullition, occasionnée par le dégagement des vapeurs et des gaz brûlants, dont le nuage se dissipe dans l'atmosphère. Lorsque le vent s'élève, il condense ces vapeurs en une pluie fine. Près des sources principales dont la position élevée et les chutes en cascades donnent lieu à un magnifique château d'eau, un bouillonnement tumultueux attire l'attention vers un petit bassin, rempli d'une eau bourbeuse et sans écoulement, que soulèvent des éruptions gazeuses intermittentes. Leur période d'activité est d'environ 10 minutes, tandis que le repos absolu qui lui succède

n'est guère que de 1 à 2 minutes. Le volume de cette eau ne paraît ni augmenter ni diminuer. La température de la source au moment du repos est de 52° ; elle s'élève durant les émissions gazeuses. — Description détaillée du sol des environs des eaux; des gaz qui s'en échappent par une multitude de fissures ; des dépôts successifs que les eaux ont accrus depuis un grand nombre de siècles ; des cavernes formées dans leur épaisseur et des vieux cônes restés debout, aux endroits élevés d'où les sources ont disparu ; des principales sources qui donnent l'eau aujourd'hui ; des baignoires en maçonnerie, à côté de constructions en ruine qui semblent appartenir aux époques de l'occupation romaine. — Questions que se fait l'auteur sur les causes qui ont dirigé le cours des anciennes eaux, de manière à élever par leur dépôt des espèces de remparts de 3 à 5 mètres de haut, d'une grande épaisseur et d'une admirable solidité. — Enumération des matériaux qui ont servi aux anciennes constructions. — La température élevée des eaux d'Hammam-Mez-Koutin a attiré l'attention de tous les voyageurs qui ont parcouru cette contrée. Les Arabes utilisent de bien des manières ces sources thermales ; ils y lavent leur linge, ils y font cuire des légumes, des œufs, du gibier, du poisson. — Cette eau est incolore, limpide, d'une odeur légèrement sulfureuse qui devient bientôt nulle au contact de l'air. Sa saveur diffère peu de celle de l'eau ordinaire; sa pesanteur spécifique est de 100, 202, et sa température de 95°. Les gaz, recueillis avec soin, au milieu de la veine en ébullition, ont présenté la composition suivante : sur 100 parties en volume ; acide carbonique, 97; acide sulfhydrique, 00, 5; azote, 02, 5. L'analyse quantitative d'un litre de cette eau a donné pour résultats : chlorure de sodium, grammes, 0,415; chlorure de magnésium, 0,078; chlorure de potassium, 0,018 ; chlorure de calcium, 0,010; sulfate anhydre de chaux, 0,380; sulfate de soude, 0,176; sulfate de magnésie, 0,006; carbonate de chaux, 0,257; carbonate de magnésie, 0,042; carbonate de strontiane, 0,001; silice, 0,070; matière organique, environ, 0,060; des traces de fluorure et d'oxyde de fer. L'arsenic fut obtenu par l'action de l'acide nitrique étendu sur la masse saline épuisée par l'alcool. La liqueur acide fut précipitée par l'ammoniaque. Le précipité bien lavé a donné une proportion assez forte d'arsenic métallique, soit qu'on l'essaie dans l'appareil de Marsh, soit qu'on le calcine dans une petite cornue de verre avec du charbon. La quantité proportionelle d'arsenic, dosé à l'état métallique est de 0,0005. — Considérations sur la géologie de la contrée, et description des substances minérales les plus remarquables. — Coup d'œil sur quelques particularités curieuses, et sur les principales productions végétales du pays.

EAUX MINÉRALES. — Propriétés thérapeutiques des

eaux minéro-thermales d'Hammam-Mes-Koutin, t. LX, p. 313 (*Voyez* Topographie).

EAUX THERMALES. — Notice sur les eaux thermales de Bourbonne; par M. *Corbin*, chirurgien aide-major au 19e régiment d'infanterie légère, t. XLVI, p. 108.

Avant-propos des Rédacteurs.— Examen de l'efficacité des eaux minérales, envisagée sous ses deux principaux points de vue : 1° en ce qui concerne les eaux; 2° en ce qui concerne les maladies. Exposition des raisons des antagonistes des eaux minérales et de celles des partisans de ces ressources thérapeutiques. Difficultés de poser la limite entre ces opinions contradictoires. M. Corbin s'est rangé parmi les adversaires des eaux minérales, et en particulier de celles de Bourbonne, dont il restreint considérablement l'utilité. En insistant sur leurs qualités stimulantes, et, par conséquent, sur leur inoppportunité dans les maladies irritatives, l'auteur a présenté des idées sanctionnées par la saine médecine. Il se pourrait qu'il n'eût pas rencontré aussi juste au sujet de certaines maladies inflammatoires. Une expérience prolongée peut seule établir une classification exacte des maladies curables ou incurables par l'emploi des eaux. Les rédacteurs, tout en recommandant à leurs lecteurs le travail de M. Corbin, cherchent à les tenir en garde, contre ce qu'il peut contenir d'exagéré.

§ I. Considérations générales. —L'auteur avait d'abord sur l'efficacité des eaux minérales de Bourbonne, un haut degré de confiance. Il restait néanmoins dans son esprit une vague incertitude au sujet des maladies internes. Il a relu et médité les ouvrages qui traitent des eaux minérales, et spécialement de celles de Bourbonne. Difficulté de se former des idées positives sur les propriétés des eaux minérales entre des écrivains qui nient leur efficacité, et d'autres qui en font une panacée universelle. Citations de passages extraits d'ouvrages propres à fixer l'incertitude des opinions sur les eaux minérales. Les auteurs les plus favorables, sont : Moguez, Hancok, Geoffrai, Hecquet, Hubert Jacob, Thibaut, Hoffmann; les antagonistes les plus prononcés, tels que Patissier, Leroy, Peyrilhe et Pomme, semblent à M. Corbin, professer des idées plus exactes. Il cite aussi Larrey, qui a fait connaître les effets pernicieux des eaux thermales dans les cas de paralysie, résultat de l'apoplexie.

§ II. Propriété de l'eau thermale de Bourbonne. — Dans un grand nombre de maladies, leurs effets laissent assez à désirer pour permettre de contester leurs vertus. Ces eaux salines agissent quelquefois avec trop d'activité et ne conviennent ni à toutes les maladies ni à tous les malades.

Administrées en bains, elles peuvent agir avec avantage pour assouplir les parties ligamenteuses et tendineuses; rendre plus libres les mouvements des membres qui ont éprouvé des contusions, des entorses, des fractures. Elles réussissent contre les douleurs rhumatismales, les engourdissements, les tremblements des membres, les paralysies partielles, l'ankylose fausse, la rétraction des membres, suite de coup de feu, l'adhérence, suite de cicatrices. Ces eaux ne conviennent pas aux personnes menacées de maladie aiguë, dans les rhumatismes goutteux, les douleurs, les gales rebelles, les plaies, les ulcères, les trajets fistuleux, les caries, les collections purulentes, l'engorgement des glandes, les entorses et les tumeurs blanches où les surfaces articulaires sont à un degré d'inflammation et d'engorgement voisin de la suppuration. Elles sont préjudiciables dans l'hémoptysie, la phthisie pulmonaire, les fièvres, maladies qu'elles aggravent toujours. Elles sont contraires aux personnes d'un tempérament bilieux ou pléthorique; presque toujours nuisibles dans les maladies internes, surtout en boisson; elles causent des pesanteurs d'estomac, des gastrites, des diarrhées, de la chaleur à la peau. Dans les maladies externes, selon l'auteur, les bains d'eau thermale agissent comme le feraient des bains d'eau ordinaire pris successivement et sans interruption. Abstraction faite de l'influence des bains sur le moral des malades, du changement de climat, du genre d'alimentation, d'un air pur, de l'état de convalescence de la plupart des militaires, la part qu'on peut accorder aux eaux thermales dans la guérison de quelques maladies internes, doit être considérée comme très minime, peut-être comme nulle.

L'auteur donne le tableau des analyses des eaux de Bourbonne faites par MM. Bosc et Bezu, en 1819; par M. Athénas, en 1822; et le résumé d'une analyse rapportée par M. Magistel. Ces analyses démontrent toutes dans ces eaux la présence des hydriodates de soude, de chaux et de magnésie, des sulfates de chaux et de magnésie, et du carbonate de fer. Une analyse faite par M. Desfosses, en 1827, a constaté dans ces eaux la présence du brômure de potassium.

§ III. Maladies contre lesquelles les eaux de Bourbonne sont indiquées ou contraires.—M. Corbin donne une classification des maladies sous le rapport de leur degré de curabilité par l'emploi des eaux. Son but est de mettre un terme à l'envoi intempestif de malades de tous genres à Bourbonne. Des militaires envoyés à ces sources thermales, un tiers au plus, se trouve dans le cas de pouvoir en retirer quelque avantage.

On envoie intempestivement à Bourbonne des malades: 1° qui peuvent guérir sans faire usage des eaux thermales, et que la complaisace y fait diriger; 2° qui ne présentent aucune chance de guérison par cette médication; 3° qui ne peuvent et ne doivent que passer à un état plus grave sous l'influence de semblables

moyens ; 4° qui sont dans l'impossibilité de faire usage des eaux.

Maladies pour lesquelles on peut espérer retirer quelque avantage de l'usage des eaux de Bourbonne: 1° Les tumeurs blanches du premier degré ; 2° les entorses peu anciennes ; 3° les ankyloses incomplètes ; 4° les fractures comminutives en général ; 5° les maladies récentes de l'articulation coxo-fémorale; 6° les douleurs sciatiques, et les névralgies des membres supérieurs ; 7° les cicatrices adhérentes, suite de vastes abcès, de plaies d'armes à feu et d'armes blanches; 8° les paralysies partielles d'un membre, suite de contusions, de blessures, de chute ou de myélite ; les rétractions ou atrophies de muscles, suites de brûlures ou de coups de feu ; 10° les rhumatismes en général; 11° les convalescences avec débilité et faiblesse des tissus, suites d'opérations et sans maladies organiques.

Maladies qui doivent être exclues de l'hôpital militaire de Bourbonne: 1° les maladies internes sans exception ; 2° les hémiplégies et paraplégies, survenues à la suite d'une maladie cérébrale, et dépendant d'une affection profonde des centres nerveux ; 3° les maladies de la peau, en général ; 4° les plaies et les ulcères en général ; les plaies fistuleuses simples, ou communiquant avec quelque foyer purulent; 5° les caries et les abcès en général; 6° les tumeurs blanches et les entorses, avec gonflement inflammatoire des surfaces articulaires, et avec commencement de suppuration; 7° toutes les maladies thoraciques qui ont pour cachet principal une phthisie tuberculeuse de deuxième ou troisième degré; 8° les rhumatismes goutteux et les affections syphilitiques; 9° les adénites en général, les abcès froids simples ou par congestion, dépendant de la carie de quelques os ; 10° les malades chez lesquels le tempérament sanguin prédomine, et ceux qui présentent une affection ou lésion organique du système circulatoire ; 11° les malades qui après deux saisons, c'est-à-dire deux années de suite, n'ont pas obtenu de guérison.

§ IV. Considérations sur quelques maladies en particulier.—*Paralysie.*—Un grand nombre d'exemples prouve que les eaux de Bourbonne n'ont aucune action curative sur cette maladie.

Maladies internes en général. — Dans aucun cas les eaux de Bourbonne n'ont paru avantageuses à l'auteur. Tous les malades qu'il a observés sont partis, soit dans le même état, soit dans un état plus grave qu'à leur arrivée.

Tumeurs blanches de l'articulation fémoro-tibiale. —La plupart des malades envoyés à Bourbonne pour ces affections, ont fait antérieurement usage de tous les moyens indiqués en pareils cas, tels que cataplasmes, fomentations, émissions sanguines, frictions, vésicatoires, moxas, etc. Ces maladies présentant quelques chances d'amélioration par les eaux thermales, n'arrivent presque jamais à une guérison parfaite.

Engorgement du système glandulaire. — Cette maladie n'est pas du nombre de celles pour lesquelles les eaux thermales soient efficaces.

Névralgies. — Ces maladies sont de celles que l'on traite avec le plus de succès par l'usage des eaux thermales de Bourbonne.

Arthrite. — Sous le nom d'arthrite, le rhumatisme articulaire est distingué du rhumatisme goutteux. Les bains ont paru plus nuisibles qu'utiles aux malades chez lesquels existaient des symptômes de goutte. L'inflammation du système fibro-séreux des articulations, est une des maladies qui cèdent, avec le plus de sûreté et de promptitude, à l'usage des eaux thermales. Celles de Bourbonne sont très favorables à la guérison des douleurs lombaires et de toutes les douleurs rhumatismales.

Maladies cutanées. — En général, les bains de Bourbonne ne conviennent pas dans les maladies de la peau.

Plaies simples et fistuleuses. — Ces eaux employées en bains, exposent presque toujours le malade à des accidents graves.

§ V. Observations particulières. — Vingt-huit faits particuliers viennent appuyer par leurs exemples, les assertions et les jugements de l'auteur.

§ VI. De l'hopital militaire de bourbonne ; régime et service intérieur, envoi des malades, abus, ameliorations a faire. — La salubrité et l'emplacement de l'hôpital ne laissent rien à désirer. Le bâtiment est vaste, les salles sont bien exposées, bien aérées, les plus grandes contiennent 200 lits. Les infirmiers choisis dans le pays, sont propres et servent bien. Les aliments sont bons. Par diverses considérations, l'auteur est amené à penser que le régime n'est pas assez surveillé à Bourbonne : les malades, à moins de cas graves, y sont mis indistinctement à la portion soir et matin. La discipline manque de sévérité; les malades font des sorties trop fréquentes et trop prolongées. Selon l'auteur, on use en général de trop de complaisance dans l'envoi des malades aux eaux de Bourbonne ; les militaires détachés ou traités dans les hôpitaux civils y sont surtout trop facilement envoyés. Moyens à employer pour l'exacte exécution des indications tracées au tableau de classification des malades à envoyer aux eaux. Précautions à prendre dans cet envoi. Plan d'économie consistant dans la suppression des places d'officiers de santé, spécialement attachés à cet établissement. Chaque année, dans la saison des eaux, on pourrait en détacher des établissements voisins.

EAUX THERMALES. — Note sur les dépôts formés par les eaux thermales de Hamman-mez-Koutin, en Algérie; par M. *F.-M. Tripier*, pharmacien aide-major à l'armée d'Afrique, t. XLVI, p. 338.

M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, recueillit

des échantillons des dépôts formés par les eaux thermales d'Hamman-mez-Koutin (bains enchantés, eaux maudites), et les confia à l'auteur pour qu'il en fît l'analyse. — Ces eaux jaillissantes, d'une température de 94°, sont remarquables par l'abondance des matières solides tenues en dissolution qu'elles déposent sous forme de cônes, formant une espèce d'enveloppe à la colonne liquide ascendante. De là, un grand nombre de pyramides creuses éparses sur un sol comme volcanisé. M. Sédillot, qui a visité ces eaux à la seconde campagne de Constantine, rapporte que les Arabes ont voué à la réprobation ces sources thermales, qu'ils ne considèrent qu'avec effroi. — Les dépôts de ces eaux offrent un aspect varié : les plus denses sont formés sous l'eau, la plupart stratifiés et offrant, en général, la structure saccharoïde; d'autres, formés au milieu ou vers la surface du liquide en mouvement, incrustent des ramilles, des brins d'herbe; quelques-uns, enfin, sont dus à l'action des nappes d'eau qui ont irrégulièrement accumulé les incrustations les unes sur les autres. On en voit de blancs, de nuancés de vert, de rose, de brun, suivant la teinte de la matière organique dont tous sont imprégnés. — A l'action de la chaleur, ils donnent de l'eau, des vapeurs ammoniacales, et une odeur empyreumatique provenant de la destruction de la matière organique azotée. Traités par l'eau distillée à froid, ils donnent un liquide neutre qui ne contient qu'un peu de sulfate de chaux et de chlorure de sodium. Les essais qualitatifs de ces dépôts ont décélé la présence de fort petites quantités d'oxyde de manganèse et de fer, de sulfate de chaux, de carbonates de strontiane, de chaux et de magnésie. En concentrant convenablement la solution du dépôt dans l'acide hydrochlorique, elle se prend par le refroidissement en une masse aiguillée de chlorure de strontium impur. Quelques échantillons ont offert la réaction essentielle du fluorure de calcium. De tous les corps qui constituent ce dépôt, le plus remarquable, assurément, est un sel arsénical qui en imprègne toutes les parties. On le recueille en précipitant par l'ammoniaque la dissolution du dépôt dans un acide ; le précipité est ensuite mêlé à du charbon; ces corps desséchés ensemble, sont introduits dans une cornue et chauffés à la lampe à esprit de vin. Bientôt, une couche miroitante d'arsenic métallique tapisse le dôme de la cornue et fuit dans le col ; à mesure qu'on en approche la flamme, il répand une forte odeur alliacée. L'arsenic se trouvait combiné à la strontiane et à la chaux à l'état d'arséniate.

Une note des rédacteurs fait remarquer qu'aucun fait analogue n'avait encore constaté la présence de l'arsenic dans les dépôts d'une eau thermale incrustante. La même note rappelle que M. O. Henry, chargé par l'Académie de médecine, de faire l'analyse des eaux minérales et des incrustations rapportées du plateau d'Hamman-mez-Koutin, par M. Baudens, n'a pu, avec les plus

grandes précautions, parvenir à constater la trace la plus minime d'un composé arsénical. Des résultats si différents font penser que les deux chimistes n'ont pas opéré sur des échantillons provenant d'une même origine.

EMPYÈME. — Opération de l'empyème pratiquée avec succès, t. XLVII, p. 157. — (*Voyez* Epanchement pleurétique)

EMPYÈME (pratiquée avec succès). — t. LI, p. 209. (*Voyez* hydrothorax).

ENCÉPHALE — Etudes expérimentales sur l'encéphale des mammifères et des oiseaux; par M. *Haspel* médecin adjoint à l'hôpital militaire de Besançon, t. LIII, p. 72.

Les expériences de M. Haspel peuvent se diviser en cinq séries : Dans la première, il détruit simultanément une partie des deux hémisphères du cerveau; dans la deuxième, il pratique la lésion d'un seul hémisphère, d'une couche optique, et du corps strié du même côté ou des deux à la fois; dans la troisième, il mutile un des pédoncules du cerveau ou les deux à la fois; la quatrième comprend les mutilations de la protubérance annulaire; la cinquième, les lésions des pyramides; enfin, la septième comprend les lésions du cervelet.

De toutes ces expériences, M. Haspel conclut qu'il n'y a pas lieu d'admettre un appareil de phénomènes comme appartenant exclusivement à une partie circonscrite de l'encéphale. Une très petite lésion suffit pour produire la paralysie; l'intensité de la paralysie est en raison directe de l'étendue de la lésion et de l'importance des parties lésées. La différence de la partie lésée n'influe pas sur la partie qui devient le siége de la paralysie. La paralysie n'occupe pas toujours le côté opposé à la portion encéphalique mutilée. Les divers mouvements de *rotation*, de *pirouette*, ne sont que des degrés plus ou moins avancés de l'hémiplégie.

ENDOCARDITE. — Mémoire sur l'endocardite; par M. *G. Tourdes*, médecin-adjoint, Professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg; t. XLII, p. 11.

Première observation. Rhumatisme articulaire et endo-péri-

cardite à la suite de bains froids. Récidive sept ans après. Palpitations, bruit de soufflet au premier temps, frémissement vibratoire. Traitement antiphlogistique; fièvre typhoïde avec paroxysmes. Mort. Ulcération des plaques de Peyer, adhérences du péricarde au cœur; induration fibro-cartilagineuse des valvules sigmoïdes.

Deuxième observation. Rhumatisme articulaire, palpitations violentes; éclat des bruits du cœur. Saignée, vésicatoire, digitale par la méthode endermique. Guérison du rhumatisme, persistance de la surexcitation du cœur.

Troisième observation. Endocardite depuis 18 mois. Induration des valvules sygmoïdes; rétrécissement des orifices artériels; exaspération des symptômes cardiaques, inefficacité de la digitale; effets plus marqués de l'opium. Guérison incomplète.

Quatrième observation. Rhumatisme articulaire accompagné de violentes palpitations. Nouvelles attaques cinq ans plus tard. Contractions du cœur fortes et irrégulières; douleur à la région cardiaque; bruits éclatants; matité étendue; émissions sanguines locales, digitale, opium, vésicatoire. Guérison.

Cinquième observation. Rhumatisme intense et répété; palpitations, bruit de soufflet. Saignée, digitale, aconit, opium, chlorhydrate de morphine, vésicatoire. Guérison incomplète.

Sixième observation. Péripneumonie aiguë. Endocardite valvulaire; calus dans le cœur diagnostiqué pendant la vie. Terminaison par la mort. *Réflexions générales sur l'endocardite.*

ENTORSES. — Mémoire sur le traitement des entorses; par M. *Isidore Poullain*, chirurgien major de 1re. classe à l'hôpital militaire de Lyon, t. LIX, p. 246.

Le plus sûr moyen de guérir une entorse, c'est de plonger immédiatement la partie qui en est le siége dans un bain d'eau froide et de l'y maintenir pendant un temps suffisant : ce moyen est infaillible. La méthode qui consiste à couvrir la partie malade de sangsues et de cataplasmes offre les plus grands dangers. Larrey, M. Bégin, M. Baudens, sont de cet avis. Ce point de doctrine est d'autant plus important que l'entorse est une lésion très fréquente parmi les militaires. Pendant 7 à 8 ans que l'auteur a passés dans un régiment de dragons, il en a vu 70 à 80 cas, et la méthode réfrigérante et résolutive lui a donné des succès constants. — *Première observation.* Un garde forestier se fait une entorse. Dans l'espace de deux mois, on applique 280 sangsues, et on pratique trois saignées. Des abcès, des trajets fistuleux se forment. On propose l'amputation, qui est refusée, et enfin, le malade guérit après onze mois de souffrances. Trois années plus tard, le sujet se fait une entorse au même pied. Immersion dans

l'eau froide. Douleur beaucoup plus vive (Cette exagération de la douleur, pendant la première heure de l'immersion, est un phénomène constant, d'après l'auteur. M. Baudens, au contraire, a toujours vu la douleur diminuer successivement, ou cesser dès l'immersion). Après trois heures de séjour de la partie entorsée dans l'eau froide, le pied est retiré, et l'on applique un bandage qui est imbibé d'eau végéto-minérale, et renouvelé le lendemain. Guérison parfaite dans l'espace de dix jours. — Il faut se garder de discontinuer l'immersion tant que la partie est chaude. C'est par suite de l'oubli de ce précepte que la méthode a échoué souvent ; témoin le cas suivant. — *Deuxième observation.* Entorse ; immersion dans l'eau glacée pendant une demi-heure seulement; les accidents augmentent. On applique des sangsues et des cataplasmes. Des abcès se forment; des trajets fistuleux en résultent; heureusement les os ne sont pas attaqués; néanmoins, la guérison se fait attendre pendant un an. Sept ans plus tard, même accident au même pied, et l'entorse paraît au moins aussi grave que la première. Désespoir du malade. Immersion. Douleur atroce. Néanmoins, l'immersion est continuée pendant deux heures. Bandage comme ci-dessus. Guérison parfaite le même jour. — *Troisième observation.* Entorse. Immersion. Douleur violente. Le malade veut à toute force retirer son pied de l'eau froide. Cataplasme. La douleur est devenue horrible, et le gonflement a beaucoup augmenté. Immersion nouvelle, suivie d'un soulagement notable et continuée jusqu'au lendemain matin. Bandage. Guérison en huit jours. — Une immersion de deux, et même de trois heures, ne suffit pas toujours. — *Quatrième observation.* Entorse. Immersion discontinuée au bout d'un quart d'heure, à cause de la violence des douleurs. On revient à l'immersion : douleurs vives pendant les trois premières heures; amendement notable au bout de deux jours; on cesse l'immersion, mais la douleur se réveille avec une extrême intensité, et le pied est remis dans l'eau froide. Le quatrième jour, des fomentations froides remplacent le bain. Bandage le sixième jour. Guérison le huitième jour. — L'immersion réussit non-seulement immédiatement après l'entorse, mais quelquefois six, douze heures plus tard, et même davantage. — *Cinquième observation.* C'est le cas d'un homme chez lequel on commença par faire une application de sangsues, et qui ne fut soumis à l'immersion que huit jours après l'accident. Guérison le huitième jour. — *Sixième observation.* Ici, le pied fut immergé seulement quinze heures après la production de l'entorse. Au bout de quatre heures, on appliqua le bandage, qui ne put être supporté. Nouvelle immersion. Guérison le dixième jour. — *Septième observation.* Entorse chez une dame qui a ses règles, ce qui empêche de recourir à l'immersion. Bandage imbibé d'eau blanche ; il n'est pas toléré. Fomentation d'eau végéto-minérale. Au bout de douze heures, les règles cessent de

couler. Immersion pendant trois heures. Bandage. Guérison tardive. La malade fut dix-huit jours sans pouvoir marcher. — Plus l'immersion est prompte, plus elle est efficace. — *Huitième observation.* Un officier se fait une entorse en rase campagne; on le porte vers un ruisseau. Immersion pendant deux heures; au retour, bandage. Guérison complète le quatrième jour. — Une bonne immersion suffit généralement; mais on peut être obligé d'y revenir; témoins deux des faits précités et le suivant — *Neuvième observation.* Deux immersions, l'une de deux heures, l'autre de quatre, furent nécessaires. Guérison le huitième jour. — *Dixième observation.* Entorse du poignet. Immersion pendant trois heures. Bandage. Guérison le troisième jour. — *Onzième observation.* Entorse du poignet. Immersion pendant deux heures. Bandage. Guérison le cinquième jour. — *Douzième observation.* Chute sur le coude. Immersion pendant trois heures. Guérison le dirième jour. — *Treizième observation.* Entorse du coude et du poignet gauche. Immersion pendant une demi-heure. Gonflement, douleur extrême. Saignée de 500 gr. Immersion pendant huit heures. Bandage. Les douleurs reviennent. Nouvelle immersion, celle-ci de quatorze heures. Bandage; après huit jours de son usage, le sujet sort guéri de l'hôpital. — Les entorses du genon ne sont pas aussi faciles à traiter par l'immersion; on y supplée par des irrigations, par l'application d'un mélange réfrigérant, par des fomentations résolutives ou par un bandage roulé imbibé de liqueurs de même nature. — *Quatorzième observation.* Entorse du genou; on entoure l'articulation de neige et de glace pilée. Douleur insupportable. On continue l'emploi de ce moyen pendant huit heures. Sédation presque complète. Bandage imbibé d'eau résolutive. Guérison complète dans l'espace d'un mois. — *Quinzième observation.* Plaie pénétrante du genou avec contusion; hémorrhagie par une artère articulaire dont on fait la ligature. Réunion immédiate. Bandage résolutif. Le lendemain, cephalalgie, fièvre. Saignée de 500 gr. On arrose le bandage d'eau résolutive. Le 13e jour on ôte le bandage; la plaie est presque cicatrisée. Guérison au bout d'un mois. — *Seizième observation.* C'est le cas d'un jeune homme bien constitué, qui, ayant été traité par la méthode dite antiphlogistique d'une arthrite du genou, suite de contusion, guérit, après de longues souffrances, au prix d'une ankylose vraie avec demi-flexion de la jambe. — *Dix-septième observation.* Carie des os du pied ayant nécessité l'amputation, à la suite d'une entorse traitée par les sangsues et les cataplasmes, puis par les vésicatoires et les moxas. — *Dix-huitième observation.* Guérison dans l'espace de quarante jours environ, par le bandage résolutif, d'une entorse, primitivement très légère, qui, depuis un mois, était traitée, sans aucun avantage par la méthode dite antiphlogistique.

Sur 90 malades traités par la méthode réfrigérante et résolutive, 23 ont été guéris en six jours ; 10 en huit, 22 en onze ; 28 du onzième au quinzième jour, 4 du vingtième au vingt-cinquième jour, 3 au bout d'un mois. De pareils résultats sont très satisfaisants, et on peut s'en rendre compte par la théorie. Il s'agit d'empêcher l'afflux des humeurs, de prévenir l'inflammation et de resserrer les parties. Boyer a conseillé l'immersion dans l'eau froide, continuée pendant plusieurs heures. M. Bégin dit que la réfrigération peut être non interrompue pendant plusieurs jours. Larrey craint l'immersion froide comme pouvant produire la congélation ; mais cette crainte n'est pas fondée. L'immersion doit être faite le plus tôt possible après l'accident ; elle doit être continuée au moins deux heures, et, en tout cas, jusqu'à refroidissement complet de la partie, et cessation de la douleur. L'eau doit être renouvelée à mesure qu'elle s'échauffe. L'eau glacée n'est guère plus efficace que celle à 3 ou 4° au-dessus de o. Dès que la partie est retirée du bain, on doit procéder à l'application du bandage, préalablement imbibé d'eau végéto-minérale, et ultérieurement arrosé avec le même liquide. Ce bandage est renouvelé les jours suivants ; il est conservé pendant quelque temps lorsque le blessé commence à marcher. Si la partie redevient douloureuse, si elle est le siége d'une sorte de pulsation, on ôte le bandage et on le replonge dans l'eau froide. Si l'entorse datait de plusieurs jours et qu'aucun moyen n'eût été employé, faudrait-il recourir à l'immersion ? L'auteur n'a pas osé le faire. Ce serait le cas d'appliquer des sangsues ou des ventouses, puis le bandage résolutif, ou peut-être l'immersion. Quand l'entorse a été mal traitée, et que la partie est empâtée, il faut recourir à la compression, que l'auteur obtient à l'aide des bandelettes de Scultet amidonnées. Le liniment suivant lui a souvent réussi combiné avec la compression : Baume de Fioraventi et huile de camomille camphrée : 64 gr. de chaque ; alcool de mélisse, 32 gr. Pour dernière ressource, on a l'emploi des eaux thermales, administrées spécialement en douches. L'auteur, a vu beaucoup de vieilles entorses guérir ainsi à Bagnols, et beaucoup d'autres ne pas guérir. *Note du rédacteur.* Cette note renferme l'exposé sommaire de plusieurs cas, dans lesquels la méthode réfrigérante, telle qu'elle est employée au Val-de-Grâce par M. Baudens, a été suivie des résultats les plus avantageux. Dans les cas même où l'on ne peut espérer la guérison, cette méthode est appelée à rendre des services par le soulagement des horribles douleurs qui accompagnent certaines lésions, la péritonite-traumatique, par exemple. L'auteur de la note cite un fait à l'appui de cette proposition. M. Baudens a signalé un danger de la réfrigération prolongée : quand la douleur, après avoir disparu, se réveille, le pied étant encore dans l'eau, il faut cesser l'immersion, car il y a menace de gelûre, et faire des applications de com-

presses imbibées d'eau de pavôts tiède, après quoi on applique le bandage inamovible, comme d'habitude.

EPANCHEMENT PLEURÉTIQUE. — Note additionnelle à l'observarion d'épanchement pleurétique et d'opération de l'empyème de M. Faure; par M. *le baron Larrey*, t. XLVII, p. 165.

L'opération de l'empyème n'offre par elle-même aucun danger, ni rien de grave dans son exécution, à condition d'être pratiquée d'après les préceptes de l'auteur. Après l'opération, la nature a de longs et grands efforts à faire; il importe de savoir la seconder. L'auteur croit être le premier qui ait fait connaître les phénomènes qui caractérisent la guérison après l'opération de l'empyème. Il renvoie à sa *Clinique chirurgicale*.

EPANCHEMENT PLEURÉTIQUE. — Observation d'épanchement pleurétique du côté gauche et d'opération de l'empyème pratiquée avec succès; par M. *Faure*, médecin ordinaire, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. XLVII, p. 157.

A la suite d'une pleurite du côté gauche, qui avait été combattue par deux saignées et par des ventouses scarifiées chez un jeune homme de 23 ans; la respiration n'était presque plus entendue à gauche, le cœur était refoulé, les pieds étaient œdématiés. Insomnie depuis quatre ou cinq nuits. On pratique la thoracentèse, entre les 3e et 4e côtes asternales en comptant du bas en haut. Il s'écoule un litre et un tiers environ de sérosité claire. Amélioration rapide. Les pieds ne sont plus œdématiés. Le soir à la sortie du malade, la respiration est à peu près nulle du côté gauche, le son mat. La respiration est normale du côté droit. A quelque temps de là, le sujet avait repris son embonpoint et ses forces. Le côté gauche du thorax était affaissé; il était mat à la percussion, et la respiration n'y était distincte en aucun point.

EPIDÉMIE DE GASTRO-DUODÉNO-MÉNINGITE. — t. XLIX, p. 64. (*Voyez* topographie du département de l'Hérault).

ÉRYSIPÈLE. — Observation d'une triple atteinte d'érysipèle avec complication de fièvre intermittente, guérie par l'emploi du cautère actuel; par M. *Clever*

de Maldigny, chirurgien aide-major au 11e régiment d'artillerie, t. XLVII, p. 289.

Dans un cas grave d'érysipèle de la jambe, l'auteur, à l'exemple de Larrey, se décide à employer le cautère actuel. Il pratique avec un fer rougi à blanc un cercle de petites escharres au-dessous de l'articulation fémoro-tibiale ainsi que sur le siége de l'érysipèle. Cette opération est suivie d'une saignée du bras. Huit jours après, la jambe droite étant devenue à son tour le siége de l'érysipèle, nouvelle cautérisation. Plus tard, l'érysipèle se manifeste au visage, troisième cautérisation. La guérison s'opère rapidement, sans accidents.

ESTIENNE. — *Pharmacien en chef de l'armée d'Afrique* (1). Analyse de quelques minéraux trouvés dans les montagnes avoisinant Bougie et Constantine, t. XLVI, p. 357.

ÉTAT SANITAIRE. — Coup-d'œil statistique sur l'état sanitaire de Strasbourg, particulièrement en 1839, comparé, sous quelques rapports, à celui des principales villes du monde; par M. *J.-J. Pascal*, médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. LI, p. 1.

Ville de Strasbourg. Maladies. Proportion des malades. — Le nombre total des malades civils admis dans les hospices, en France en 1833, a été de 526,576 individus; en 1834, de 501,129. En évaluant à 9 millions et demi le nombre des indigents, et en supposant que cette catégorie d'individus ait seule fourni les malades des hospices, on trouve un malade sur 19 individus.

La moyenne des journées de maladie a été, année moyenne ;

à Paris, de 32 jours,
à Lyon, de 23 »
à Marseille, de 43 »
à Strasbourg, de 34 »
à Toulouse, de 33 »
à Rennes, de 27 »

Moyenne 32 jours.

Dans la classe indigente, le nombre des malades admis dans les hospices, est :

(1) Admis à la retraite.

à Paris, de 1 sur 15 habitants,
à Lyon, de 1 sur 11 »
à Marseille, de 1 sur 38 »
à Bordeaux, de 1 sur 90 »
à Toulouse, de 1 sur 23 »
à Rennes, de 1 sur 20 »
à Metz, de 1 sur 31 »
à Strasbourg, de 1 sur 19 »

Dans cette dernière ville, on compte habituellement 1 malade à l'hôpital sur 20 militaires, et un malade sur 10 militaires, en comprenant les hommes traités à l'infirmerie du régiment.

Les admissions ont été :

Dans le premier semestre de 1839, de 1510 à l'hôpital civil de Strasbourg, et de 1464 dans le second semestre; de 1991 dans le premier semestre, à l'hôpital militaire, et de 1570 dans le deuxième semestre.

En tête des malades qui dans la classe civile ont été cause de décès, il faut noter les convulsions et la phthisie pulmonaire. Dans la garnison, le nombre des fiévreux admis à l'hôpital a été en 1839 de 2233 malades, dont 825 atteints de fièvres intermittentes, 266 d'entéro-colites, 145 de gastro-céphalites; sur 145 malades admis pour cause de méningite épidémique, 79 ont succombé.

ÉTAT SANITAIRE. — Coup d'œil statistique sur l'état sanitaire de Strasbourg, particulièrement en 1839. comparé, sous quelques rapports, à celui des principales villes du monde; par M. *J.-J. Pascal*, médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg. (Suite). t. LIII, p, 3.

Mortalité. — La mortalité, qui est en France de 1 décès sur 41 habitants, est dans le département du Bas-Rhin, de 1 décès sur 37, 2, et à Strasbourg de 1 décès sur 29 habitants. — En 1839, la garnison a compté 1 décès sur 30 hommes présents. Le plus grand nombre de décès a eu lieu au printemps. M. Pascal termine en proposant les mesures hygiéniques suivantes :

1° Dessécher le sol.
2° Favoriser la circulation de l'air.
3° Faire pénétrer le soleil dans les habitations.
4° Établir des appareils de filtrage pour les eaux.

ÉTAT SANITAIRE. — Rapport sur l'état sanitaire de la garnison du fort de Barreaux (Isère), pendant les années 1840 et 1841; par M, le Docteur *Bravet*,

médecin civil, chargé du service médical de la garnison, t. LIII, p. 168.

Courte analyse d'un rapport de M. Bravet, sur les maladies les plus communes au fort de Barreaux. L'auteur signale la manifestation des fièvres continues qui ne sont, d'après lui, que des fièvres intermittentes larvées. Tableau des maladies traitées au fort, en 1840 et 1841.

ETAT SANITAIRE. — Rapport sur l'état sanitaire du 6e régiment de dragons, en garnison à Fontainebleau, pendant les six premiers mois de l'année 1841, et sur l'emploi de la pommade soufrée dans une épidémie de variole qui a sévi sur ce régiment; par M. *Pommier*, chirurgien-major, t. LIII, p. 172.

L'auteur rapporte très-succinctement quelques cas de variole, dans lesquels il croit avoir obtenu de bons effets de l'emploi de la pommade soufrée.

EUROPÉENS (Remarques faites en Algérie sur les) t. LI, p. 81. — (*Voyez* ARABES ET EUROPÉENS).

EVENTRATION. — Observation d'éventration avec étranglement de l'épiploon et de l'intestin; débridement, réduction et suture, guérison; par M. *Deleau*, chirurgien-major au 7e régiment de cuirassiers, t. XLVII, p. 296.

Un homme ivre tombe sur un pot de nuit en faïence; l'un des tessons ouvre l'abdomen au-dessous de l'ombilic. Violents efforts de vomissement. En peu de temps, les intestins et l'épiploon gastro-colique, herniés à travers la plaie, forment une tumeur du volume de la tête. Impossibilité de la réduction. Débridement en bas, dans la longueur de 2 centimètres et demi. La réduction devient possible; mais elle est difficile à raison des vomissements qui ne cessent pas. Suture entortillée. Guérison complète dans l'espace d'un mois.

EVRARD DE SAINT-JEAN, *intendant militaire, directeur de l'administration de la guerre.* — Discours prononcé au Val-de-Grâce, à la distribution solen-

nelle des médailles, à la suite du concours de 1844, t. LVII, p. 358.

EXTRACTION. — Observation d'extraction de l'œil gauche derrière lequel une balle s'était logée après avoir traversé la partie supérieure de la branche droite de l'os maxillaire inférieur et les os maxillaires supérieurs. Guérison; par M***, t. LVII. p. 233.

Coup de feu à la joue droite, en avant et à peu près au niveau du lobule de l'oreille. Impossible de retrouver le projectile. On retire deux esquilles. Peu de douleur. Bon moral. Au bout de quatre heures, réaction. Saignée. Le soir, douleur dans l'œil gauche, troubles visuels; le lendemain la vue est presque perdue de ce côté; pupille contractée; les paupières et la conjonctive commencent à s'ecchymoser. Deux nouvelles saignées. Les symptômes s'aggravent, le blessé finit par tomber dans le coma. Chemosis, cornée ternie, exophtalmie. On se décide à pratiquer l'extraction de l'œil; il faut auparavant le vider, tellement il a acquis de volume. La balle de petit calibre ayant conservé sa forme ronde, rayée à sa surface, occupe le fond de l'orbite. On l'enlève ainsi que plusieurs petites esquilles ethmoïdales. Pansement à plat; on s'abstient de mettre de la charpie dans la cavité orbitaire. Pendant trois jours, l'état du blessé ne varie pas; il s'améliore un peu le quatrième; et le cinquième, l'intelligence revient. Un abcès se forme à la joue gauche, et cause de vives douleurs, de l'insomnie; on l'ouvre avec le bistouri, et au bout de quelques jours, le blessé est en état de quitter l'hôpital.

F

FAURE. — *médecin ordinaire, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg* (1). —Observation d'épanchement pleurétique du côté gauche et d'opération de l'empyème pratiquée avec succès, t. XLVII, p. 157

FAURE-VILLAR, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles* (2). — Mémoire pour servir à l'histoire

(1) Admis à la retraite.

(2) Actuellement médecin principal au corps expéditionnaire de la Méditerranée.

des complications de la rougeole, t. XLVI, p. 241. — Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale, observée à l'hôpital militaire de Versailles, t. XVIII, p. 1.

FAYET, *chirurgien principal d'armée et chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bayonne* (1). — Observation de luxation complète de la jambe en avant sur la cuisse ; t. XLIII, p. 346. — Mémoire sur les fractures du col du fémur, et observations de lésions de ce genre, guéries sans aucune difformité, au moyen du double plan incliné, t. L, p. 241.

FÉRAT, *médecin à l'hôpital du Sablat, à Dax* (2). — Observation de méningite ; suppuration en 48 heures ; cas sporadique ; recueillie audit hôpital, le 9 octobre 1823, t. LIV, p. 101.

FERRUS, *médecin en chef de l'hôpital de Constantine*, (3). — (A fait, conjointement avec M. Deleau, un rapport topographique sur Constantine, dont on a extrait des documents relatifs à l'histoire médicale de l'Algérie) t. LII, p. 230 (Voyez Algérie).

FEUILLES. — De l'influence des feuilles sur la fécondation des végétaux en général, et sur celle du maïs en particulier ; par M. le docteur *Emm. Pallas*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer, t. LV, p. 210.

L'auteur rappelle les travaux antérieurs par lesquels il a fait connaître les effets de la castration sur les phénomènes nutritifs en général, et sur la production du sucre de maïs en particulier. Des expériences nouvelles furent entreprises par M. Pallas, qui sema, le 25 mai 1843, le maïs de la variété blanche ; il laissa la plante se développer jusqu'au moment où la floraison commençait à se manifester. A cette époque (17 août), les opérations suivantes furent pratiquées : 1° Sur un certain nombre de plantes,

---

(1) Admis à la retraite.
(2) En ce moment médecin principal à Bourbonne-les-Bains
(3) Aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital militaire d'Oran.

la castration fut opérée en détruisant les feuilles ; 2° Sur plusieurs autres, les fleurs mâles furent enlevées ; 3° les fleurs mâles et les fleurs femelles furent détruites sur plusieurs autres plantes ; 4° sur d'autres, non-seulement les fleurs mâles et les fleurs femelles furent détruites, mais encore toutes les feuilles qui furent coupées, à 6 ou 8 centimètres de leur gaîne ; 5° aux plantes d'une cinquième série, les feuilles furent arrachées jusqu'au niveau de la gaîne, ne laissant que l'enveloppe de la panicule ; 6° enfin, dans une dernière série, les fleurs mâles furent coupées, ainsi que toutes les feuilles, jusqu'à 6 ou 8 centimètres de la gaine. Les plantes, ainsi mutilées, furent laissées sur le champ d'essai, afin d'étudier plus tard le rôle de chacune de ces opérations sur la fécondation, la saccharification et le développement du maïs pendant la végétation. Les faits suivants sont le résultat des observations faites par l'auteur, du 17 août au 26 septembre, sur les différentes séries. 1° Les plantes privées des organes mâles fructifient, probablement à la faveur du pollen des plantes voisines ; 2° celles dont on a détruit les fleurs mâles ainsi que les feuilles, jusqu'à 6 ou 8 centimètres de la gaîne, perdent la faculté reproductrice, puisque tous les épis restent flétris, avortés ; 3° les plantes dont on a respecté les fleurs mâles, les fleurs femelles et les autres parties, moins les feuilles, dont les unes ont été arrachées et les autres coupées près de la gaîne, présentent un fruit resté à l'état rudimentaire, dont le développement a cessé tout à coup au moment de l'ablation des feuilles, bien que les plantes aient continué leur développement comme celles restées intactes ; 4° la croissance des plantes dont on a détruit les fleurs mâles, les fleurs femelles et les feuilles, est considérablement diminuée par cette triple mutilation ; 5° le fait le plus remarquable de cette suite d'expériences, c'est que les feuilles du maïs sont aussi nécessaires à sa reproduction que les organes sexuels eux-mêmes ; 6° enfin, la castration peut être remplacée avec le plus grand avantage par l'ablation des feuilles ; l'on peut ainsi convertir à volonté la tige du maïs en véritable canne à sucre. — M. Pallas pense que cette conversion, bien dirigée, pourra un jour faire donner la préférence au maïs sur la canne à sucre. Déjà, aux États-Unis, les fabricants de sucre se sont emparés des procédés publiés par l'auteur. — Les feuilles du maïs, et, probablement aussi, celles de tous les végétaux qui appartiennent à la monoëcie, jouent, dans la vie des plantes, un autre rôle que celui de servir exclusivement à la respiration.

FEUILLES. — Note additionnelle au mémoire ayant pour titre : De l'influence des feuilles dans la fécondation des végétaux en général, et dans celle du maïs en particulier, adressée au Conseil de santé des

armées, le 1er octobre 1843; par M. le docteur *Emm. Pallas*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer, t. LVI, p. 345.

Dans l'intérêt de la justice et de la vérité, M. Pallas reproduit les renseignements qu'il a puisés dans les auteurs depuis la publication du Mémoire précédent. Il rappelle les expériences faites par Parent, Hales, Bonnet, Duhamel, sur l'usage des feuilles. Il cite les travaux de Spallanzani, Senebier, de Saussure, Morrant, MM. Raspail, Leclerc-Thouin, de Gasparin et Dutrochet, sur l'influence qu'exercent les feuilles des plantes sur la maturation des fruits. Des études expérimentales de ces physiogistes, il résulte que les feuilles de la vigne contribuent au développement du fruit, comme celles du maïs participent à la fécondation; et qu'après l'action directe des organes sexuels, la lumière semble jouer le principal rôle, soit dans la génération du fruit, soit dans son développement. — Citation d'un passage des réflexions de M. Dutrochet sur le Mémoire de M. Leclerc-Thouin, ayant pour titre : *Influence des feuilles de la vigne relativement au développement et à la maturité des raisins*, dont la conclusion est qu'un végétal, constamment à l'abri de la lumière directe du soleil, se trouvait privé, par cette seule cause, de la faculté de produire des fruits, soit par absence de floraison, soit par absence de fécondation. M. Pallas pense que, dans les expériences sur le maïs, on peut douter que la privation de la lumière, par l'absence des feuilles, ait une influence sur le reste du végétal. Les plantes, ainsi mutilées, croissent et se développent comme celles qui sont pourvues de leurs feuilles. C'est uniquement sur la fécondation, selon lui, que l'ablation des organes foliacés exerce la plus grande influence, et celle-ci paraît être due à une autre cause qu'à l'action de la lumière. M. Raspail prétend, après Spallanzani, que la face inférieure des écailles, dans l'aisselle desquelles se trouvent les ovaires de beaucoup de plantes, présentent des glandes analogues au pollen des anthères, et que l'analogie de forme conduit naturellement à l'analogie de fonctions. Les expériences de M. Pallas confirment ce qu'avait avancé Spallanzani, et ce qu'a soutenu M. Raspail : que la fécondation des plantes pouvait s'opérer sans le concours des organes mâles.

FIBRINE. — Maladies dans lesquelles la diminution de la fibrine par rapport aux globules favorise la production des hémorrhagies, t. LXIX, p. 179. (*Voy.* Sang).

FIÈVRES pernicieuses céphaliques subintrantes. — Mémoires et observations sur les fièvres pernicieuses

céphaliques subintrantes qui ont régné à l'hôpital militaire de Bordeaux à la fin du printemps et pendant l'été de 1839; par M. *Gassaud*, médecin en chef de cet établissement, t. XLVIII, p. 163.

M. Gassaud déclare n'avoir perdu que deux hommes sur 162 malades atteints de fièvre grave. « J'ose croire, dit-il, qu'un pa- « reil résultat est digne de fixer l'attention des praticiens et de « nos jeunes médecins militaires ». Il est redevable de ces résultats à l'emploi suivi du sulfate de quinine, ainsi qu'à l'usage avare de la saignée, même dans les cas où il y avait apparence d'inflammation des méninges. Toutefois, M. Gassaud n'exclut pas d'une manière absolue l'usage de la saignée ; quant au sulfate de quinine, il ne l'a jamais porté au-delà de 20 décigrammes, soit en potion, soit en lavement. Il se prononce contre l'emploi systématique des vomitifs, et il en trace les contre-indications; il se prononce également contre ce qu'il appelle l'exagération des doses de quinine.

FINOT, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Blidah* (1). Compte rendu du service médical de l'hôpital militaire de Blidah, t. LVI, p. 4.

FISTULES. — Fistules lacrymales guéries sans opération; par M. *J.-J.-A. Martin*, chirurgien-major de première classe, chirurgien en chef de l'hôpital de Colmar, t. LIII, p. 262.

Il est essentiel, dans le traitement de la fistule lacrymale, d'insister plus qu'on ne le fait habituellement sur l'emploi des antiphlogistiques : Demours, Lisfranc et d'autres ont eu à se louer beaucoup de l'usage de ces moyens. L'inflammation est la cause la plus fréquente de cette maladie; dès-lors, rien de plus rationnel que de commencer par combattre la cause, avant de vouloir remédier à ses effets par des opérations. *Première observation.* Fistule lacrymale avec tuméfaction et rougeur des parties environnantes. Saignée du bras; application d'un petit nombre de sangsues tous les trois ou quatre jours sur les parties malades. Émollients. Révulsifs intestinaux. Pédiluves irritants. Régime léger. Au bout de vingt jours, affaissement de la tumeur et cicatrisation de la fistule. Mais l'épiphora persiste, et des mucosités

(1) Actuellement médecin en chef de l'hôpital militaire de Belfort.

opaques sortent des points lacrymaux par la pression. Pommade stibiée derrière l'oreille correspondante. Vésicatoire au bras. Guérison après trente-quatre jours de traitement. *Deuxième observation.* Fistule lacrymale avec kérato-conjonctivite intense ; chemosis, photophobie, etc. Fièvre ; céphalalgie. Quatre saignées de 6 à 700 gr. ; sangsues chaque jour ; pédiluves, pour combattre la kérato-conjonctivite sur-aiguë, qui céda. Les sangsues, en petit nombre, rapprochées du siége du mal, les révulsifs, les émollients, achevèrent la cure de la fistule, qui était radicale après quarante jours de traitement. Si le traitement antiphlogistique ne réussit pas plus souvent contre la fistule lacrymale, c'est faute d'énergie et de persévérance dans son application. *Note du rédacteur*, qui cite l'opinion conforme de M. Bégin, et fait ressortir l'importance des deux faits précédents.

FLESCHUT, *chirurgien principal, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Dey, à Alger* (1). — Observation d'un coup de feu à travers l'épaule, t. LII, p. 297.

FOLEY, *docteur en médecine, attaché à la commission sanitaire d'Alger.* — Recherches sur l'état du sang dans les maladies endémiques de l'Algérie (conjointement avec M. Léonard) t. LX, p. 135.

FORTUNER, *chirurgien-major* (2). — Observations d'hémorrhagies veineuses suivies de mort, t. LIV, p. 275.

FOSSATI, *Président de la société phrénologique de Paris.* — Discours prononcé le 21 août 1841, à l'inauguration de la statue de F.-J.-V. Broussais, t. LI, p. 386.

FOUDRE. — Relation des accidents causés par la foudre, tombée le 5 septembre 1838, sur la caserne Saint-Maurice, à Lille ; par M. *Poggiale*, professeur à l'hôpital militaire de cette ville, t. XLVI, p. 345

Au milieu d'un très fort orage, à trois heures et demie de l'après-midi, la foudre tombe dans les environs de Lille. Peu

(1) Admis à la retraite.
(2) Au 23e régiment de ligne.

d'instants après, un petit éclair, immédiatement suivi d'un coup de tonnerre épouvantable, brise la toiture du bâtiment central de la façade nord, corridor A de la caserne Saint-Maurice, et se répand sur les murs de ce côté de l'édifice, garnis d'ancres de fer. Le corridor B de la face, qui est du même bâtiment, est frappé en même temps. Tous les hommes présents à la caserne au moment de l'accident ont éprouvé de la commotion ; plusieurs ont été renversés sans être blessés, et quelques-uns ont vu l'éclair presque en même temps qu'ils ont entendu le coup de tonnerre, qui leur avait semblé sourd. L'auteur examine l'entrée, la sortie de la foudre, les accidents, les dégâts qu'elle a causés aux trois étages et au rez-de-chaussée. Parmi les phénomènes les plus importants, remarqués par M. Poggiale, il cite le développement, dans les chambres, d'une odeur très intense d'acide sulfureux ; la fusion de la garniture d'argent d'un couteau ; celle d'un anneau de queue de montre, par la matière fulminante, et le transport extraordinaire d'une baïonnette, portée au loin et fixée dans le mur. En terminant, l'auteur rappelle les avantages qu'offrent les paratonnerres placés horizontalement sur les bâtiments qui renferment un grand nombre d'hommes.

FRACTURES. — Observations relatives à quelques fractures graves et rares, recueillies aux cliniques de l'hôpital militaire d'instruction et de la faculté de médecine de Strasbourg ; par M. *Villaret*, D. M., chirurgien aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, t. XLVI, p. 295.

A peine, dans les traités classiques, est-il question des fractures des extrémités articulaires. Les causes presque toujours directes de ces fractures, leurs symptômes souvent obscurs ou trompeurs, leurs dangers, leur avortement, en font une section toute spéciale dans la grande catégorie des fractures. 1° *Fracture de l'articulation huméro-cubitale.* Il résulte des dispositions de cette articulation et de l'extrémité inférieure de l'humérus, que, dans une chute sur le coude, l'avant-bras étant à demi fléchi, et la base de l'olécrâne recevant le poids du corps, la fracture aura lieu facilement à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la surface articulaire. A part ce cas assez simple, la portion interne ou la portion externe de l'extrémité articulaire peuvent être seules séparées du reste de l'os ; ou bien la fracture est composée, à la fois verticale et transversale, en sorte que les deux portions de la poulie sont séparées l'une de l'autre et du corps de l'os. — *Observation.* Chute sur le coude de la hauteur de vingt à vingt-cinq pieds. Gonflement considérable. Déformation. Large crépitation. M. Bégin diagnostique une double fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Vingt-trois ans après, le sujet ayant succombé à une affection interne,

on trouve trois lignes, traces de l'ancienne fracture, l'une inférieure et verticale, les deux autres supérieures et obliques de bas en haut; se dirigeant l'une en dedans, l'autre en dehors, et allant aboutir au-dessus des tubérosités interne et externe qui étaient remontées et s'étaient soudées au corps de l'os. 2° *Fractures dans l'articulation fémoro-tibiale*. La conformation de cet article est assez analogue à celle de l'articulation précédente. La rotule y joue le rôle d'un coin comme l'olécrane dans l'autre. Comme l'humérus, le fémur s'aplatit, s'élargit et se recourbe; mais à raison de sa solidité, les fractures du genou sont plus difficiles et plus rares que celles du coude. Une chute violente sur le genou peut avoir pour effet, ou l'écrasement de la rotule, ou une fracture transversale de l'extrémité inférieure du fémur, ou une fracture condyloïdienne, soit simple, soit double. — *Observation*. Chute violente sur le genou. Déformation assez semblable à celle qui résulterait de la luxation de la jambe en arrière. Toutefois en faisant tirer la jambe, on rétablit assez facilement la longueur du membre. On diagnostique une double fracture, intercondyloïdienne et transversale. Le blessé est pris d'aliénation mentale, et se livre à une agitation continuelle. Il faut amputer. Les deux condyles sont séparés; dans leur intervalle se trouve un petit fragment; ces trois pièces sont séparées du reste de l'os par une fracture transversale, irrégulière. — *Observation*. Chute violente sur le genou. Le condyle fémoral externe, poussé d'avant en arrière, se déplace avec crépitation. Absence de raccourcissement. On diagnostique une fracture du condyle externe. *Delirium tremens*. Mort. L'autopsie confirme le diagnostic. — Jusqu'à quel point les fractures inter-articulaires du genou sont-elles compatibles avec la conservation du membre? On ne peut admettre que l'amputation soit de nécessité. A moins de plaies et de déchirures très considérables, à moins aussi que le blessé ne doive supporter un transport prolongé et pénible, il faut tenter de conserver le membre. Le traitement est assez difficile. M. Bégin étend le membre de manière à soulever légèrement le genou, et place l'appareil inamovible, poussant les condyles l'un contre l'autre à l'aide de compresses épaisses. *En note* : observation d'une fracture parfaitement semblable à la précédente, guérie par les mêmes moyens, chez une femme de 65 ans, très replète. 3° *Fractures dans l'articulation radio-carpienne*. Dans les chutes sur le poignet, toutes les chances sont pour que l'extrémité inférieure du radius se fracture. La rupture du cubitus peut avoir lieu consécutivement. Les fractures du poignet ressemblent beaucoup à des luxations. On peut cependant les reconnaître à différents signes. En 1814, Dupuytren, qui n'avait pas encore étudié ce sujet à fond comme il l'a fait depuis, disait qu'il y avait dans ces fractures quelque chose d'inexplicable, et leur appliquait le traitement des fractures de l'avant-bras. Il ajoutait au bandage une attelle cubitale en fer

sur laquelle une courroie attachée à la main, venait se fixer de manière à tirailler le ligament latéral externe. Beaucoup de chirurgiens placent la main dans l'écharpe, de telle façon qu'elle porte sur son bord interne, et vont ainsi contre le but qu'ils doivent se proposer. La main doit être laissée libre hors de l'écharpe. Assez souvent la solution de continuité est double; il y a fracture transversale, et le fragment inférieur est cassé en deux verticalement. C'est ce que l'auteur a vu maintes fois, notamment sur une femme, à l'hôpital civil de Strasbourg. La ligne de séparation des fragments sur la surface articulaire, est ineffaçable, attendu que le cartilage ne s'y reproduit pas. L'inflammation se propage souvent dans tout l'article et détermine l'ankylose. Toutefois dans quelques cas, les mouvements subsistent complètement. 4° *Fractures de l'articulation tibio-tarsienne. Observation.* Chute du haut d'une échelle sur la plante du pied gauche. Saillie très-dure, du volume d'une noix, en avant et en dehors de l'articulation tibio-tarsienne. Pied dans l'adduction; pointe relevée, talon saillant. Diagnostic : Fracture du col de l'astragale, avec projection de sa tête en avant. Réduction incomplète. Appareil de Scultet; astringents; planchette de Mayor. Accidents inflammatoires. Saignées générales et locales; etc.; guérison le 72e jour après l'accident. Le sujet fut examiné trois ans plus tard. Il pouvait être chaussé de bottes, et faire de très longues courses. — *Observation.* Fracture des deux os de la jambe gauche, avec issue du fragment supérieur du tibia à travers la peau et séparation d'une esquille de ce fragment qui avait frappé fortement contre un rocher; violente entorse du pied droit. Application du bandage inamovible sur la jambe fracturée. Absence totale d'accidents de ce côté. Guérison, sauf difformité, après soixante-trois jours de traitement. La planche suspendue de Mayor a été très-utile à ce malade.

FRACTURES. —Observation de fracture comminutive du tibia, traité par l'appareil inamovible, à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg ; par M. *Roussel*, docteur en médecine, chirurgien aide-major au 1er régiment d'artillerie, t. XLVII, p. 282.

Fracture complète de la jambe au tiers inférieur, avec issue du fragment supérieur, qui dépasse le niveau des téguments de 30 à 36 millimètres. Débridement et résection de la portion d'os qui fait saillie au dehors. Réduction de la fracture. On recouvre la plaie d'un double morceau de sparadrap, et on applique le bandage inamovible. On fait quatre saignées en quatre jours, après avoir poussé à la réaction, et on humecte l'appareil avec de l'eau froide rendue résolutive. Douleur et gonflement au genou;

fièvre. Deux applications de sangsues ; émollients ; nouvelle saignée. Des démangeaisons, causées par des punaises, forcent à lever l'appareil ; la plaie est belle, presque cicatrisée. Le 6 décembre (l'accident avait eu lieu le 29 août), on lève définitivement l'appareil. La fracture est parfaitement consolidée, sans raccourcissement, ce qui s'explique par cette circonstance, que la pointe postérieure du biseau du fragment inférieur a été mise en contact avec la base du fragment supérieur réséqué à sa pointe.

FRACTURES. — Observation de fractures du pariétal avec enfoncement et compression du cerveau ; opération du trépan; guérison; par *M. Dortholan*, chirurgien-aide-major à l'hôpital militaire de Lyon, t. XLVIII, p. 351.

Coup de pied de cheval. Plaie au vertex, intéressant toute l'épaisseur des téguments du crâne ; fracture avec enfoncement d'un fragment assez étendu. Incision combinée avec la plaie, de manière à avoir quatre lambeaux, qui sont disséqués ; le fragment enfoncé étant enclavé, on n'essaie pas de le relever avec le tire-fond ; on fait la trépanation d'une partie voisine et solide de la boîte crânienne, puis, à travers l'ouverture pratiquée, on relève le fragment à l'aide d'un élévatoire. Une esquille de la table interne, entièrement détachée, reposait sur la dure-mère. — Saignées. Limonade. — La portion d'os, relevée après la trépanation, se nécrosa, et fut extraite en plusieurs pièces. La plaie était complètement cicatrisée quatre mois après l'opération. — L'opération du trépan est formellement indiquée dans certaines fractures du crâne avec enfoncement. Les chances de succès ont augmenté depuis que la doctrine physiologique a fait connaître les moyens de combattre les accidents inflammatoires qui peuvent en être la suite.

FRACTURES. — Mémoire sur les fractures du col du fémur, et observations de lésions de ce genre, guéries sans aucune difformité, au moyen du double plan incliné ; par M. *Fayet*, chirurgien principal en retraite, ex-chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, t. L, p. 241.

Toutes les méthodes de traitement de la fracture du col du fémur se rapportent à deux principes généraux : extension ; flexion. Pott fléchissait le membre et le plaçait sur le côté externe, position fatigante et insupportable. A. Cooper et d'autres se servent du double plan incliné, consistant le plus souvent en deux planches réunies par une charnière mobile. L'auteur s'est servi plu-

sieurs fois d'une machine analogue à laquelle il a fait diverses modifications, telle que l'adaptation d'une semelle mobile sur laquelle le pied repose, et qui sert, moyennant un écrou, à opérer doucement l'extension de la jambe. La flexion sur le double plan incliné paraît préférable à l'extension continue, mais elle présente à peu près les mêmes inconvénients que la planchette suspendue du docteur Sauter. Les lits de Daujon et d'Earle ne sont pas d'un usage facile à généraliser. L'appareil de Dupuytren laisse les deux membres isolés et la fracture exposée à des déviations faciles ; les trois coussins sont prompts à s'affaisser. L'auteur qui considère (à tort suivant une note du rédacteur) l'appareil inamovible comme d'une application difficile aux fractures du col du fémur, propose la méthode suivante. Décubitus sur le dos; la tête et la poitrine médiocrement soulevés. Les membres abdominaux rapprochés, fléchis et soutenus sur le double plan incliné, sont séparés par un coussinet de balle d'avoine qui doit dépasser le dessous des pieds de cinq à six centimètres ; les talons ne doivent pas toucher au matelas du lit. Le plan incliné se compose de cinq coussinets décroissants en longueur et en largeur et qui liés ensemble forment une pyramide sur le sommet de laquelle doit poser le jarret. Trois planchettes ou attelles, de la même longueur que les coussinets et à peu près de quatre à cinq centimètres de largeur sur deux d'épaisseur, sont placés entre les trois premiers coussinets pour empêcher leur trop facile affaissement. Les coussinets et les attelles intermédiaires sont unis au moyen de deux bandes ou mouchoirs. Une grande bande roulée lie les deux jambes, séparées par un coussin, comme il a été dit, et disposées sur la pyramide. Un mouchoir plié en cravate, placé par dessus les coudes-pieds et attaché par ses deux extrémités sur les deux côtés du plan incliné, sert à maintenir la flexion des jambes et leur immobilité. — *Première observation.* Femme de 72 ans. Chûte sur la cuisse droite. Douleurs extrêmement vives; spasmes ; refroidissement. Réduction, quand la malade fut un peu calmée. Application de l'appareil direct ci-dessus. Soulagement notable. Ecchymose à la hanche et à la partie supérieure de la cuisse : fomentations résolutives. L'appareil fut levé le soixante-dixième jour. Bain de son le lendemain. Frictions avec un liniment camphré, opiacé. Guérison complète sans raccourcissement cent jours après l'accident. — *Deuxième observation.* Jeune homme de 26 ans. Fracture du col du fémur depuis soixante jours. Commencement de consolidation avec raccourcissement du membre. Diète pendant quatre jours; bains prolongés; cataplasmes huileux sur la hanche. Le cinquième jour saignée du bras, suivie d'un bain chaud, après quoi on fait des efforts combinés d'extension et de contre-extension pour rompre le cal. Les douleurs sont telles qu'on est obligé de suspendre. Mais le blessé promet d'être plus courageux le lendemain, et insiste pour que l'opération soit reprise. Le soir, nouvelle saignée;

émétique à haute dose. Le lendemain, bain, puis traction nouvelle: au bout de quelques minutes, on entend un craquement, et le membre reprend sa longueur normale. Application de l'appareil de l'auteur. Levée de cet appareil le soixante-quinzième jour. Les mouvements, d'abord très-difficiles et douloureux, reviennent insensiblement, grâce aux bains tempérés, aux liniments, et finalement aux eaux de Barèges. Guérison sans raccourcissement, sans claudication. Le sujet est resté aussi agile que par le passé. — *Troisième observation.* Vieillard de 70 ans. Chûte sur la fesse droite. Fracture du col du fémur. Douleurs extrêmes; spasmes; refroidissement. Réduction et application de l'appareil ci-dessus. Cessation des douleurs. Levée de l'appareil le soixantième jour. Trois mois après l'accident, le blessé est rétabli et assez ingambe. *Quatrième observation.* Fracture du col du fémur chez un homme de 68 ans. Plaie par un éclat de bois sur lequel le malade était tombé. Suture et pansement de la plaie, qui fut cicatrisée le vingtième jour. Réduction et pansement de la fracture comme dans les observations précédentes. Levée de l'appareil le quatre-vingt-deuxième jour. Lorsqu'on voulut étendre les deux membres après la levée du bandage, ils furent pris d'une raideur tétanique et de mouvements convulsifs qui s'étendirent même aux membres supérieurs. Il fallut cesser ces tentatives. Les bains, les liniments servirent à rétablir les mouvements, et, quelque temps après, le sujet marchait avec facilité, sans gêne ou incommodité.

FRACTURES. — Observation de fractures des deux membres inférieurs, suivies de gangrène de la jambe droite, d'amputation de la cuisse, de trismus et de mort; par M. *Bertrand*, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Omer, t. LIII, p. 301.

Chute d'une hauteur de 18 mètres environ. Le blessé reste exposé à la pluie pendant douze heures. Les membres inférieurs sont froids et insensibles. Gonflement énorme de l'articulation tibio-tarsienne gauche; fracture du fémur gauche à son quart inférieur. Fracture de la jambe droite au quart inférieur, avec issue du fragment inférieur. L'articulation tibio-tarsienne de ce côté est violemment contuse. Le soir, on fait deux saignées à raison de l'élévation du pouls. La jambe droite se gangrène jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du genou. Amputation de la cuisse. Suit l'examen de la partie retranchée. Trismus prononcé le soir de l'opération; il avait commencé la veille. Le tétanos fait des progrès rapides, et la mort a lieu le lendemain matin. Autopsie: L'examen de la tête et du rachis fournit à l'auteur le sujet de remarques intéressantes sur le siége du liquide céphalo-rachidien et sur l'existence du canal de Bichat. Les muscles contracturés

étaient pâles, privés de sang; coupés, ils se rétractaient fortement. L'examen du membre inférieur gauche fit reconnaître des infiltrations sanguines dans plusieurs muscles; l'arrachement des deux malléoles, une enfonçure très-profonde du condyle externe du fémur, une fracture spiroïde de cet os au point indiqué, avec détachement d'une esquille. L'auteur recherche le mécanisme suivant lequel ces lésions diverses se sont produites. Il est probable que la jambe gauche s'est trouvée en entier dans l'axe du corps. Le fémur, transformé en un levier intermobile, et ayant subi un brusque mouvement de bascule de haut en bas, s'est rompu à son quart inférieur en présentant la trace de la torsion qui rend si bien compte de la fracture. La jambe droite a porté à faux. — Fallait-il amputer sur le champ? Non, vu la stupeur des parties. Plus tard, quand la gangrène s'est manifestée, il a fallu attendre qu'il se formât un cercle entre le vif et le mort. L'existence du trismus commençant était une raison pour amputer et non une contre-indication.

FRACTURES. — Observation de fracture comminutive de la jambe; amputation de la cuisse; accidents survenus après la cicatrisation complète du moignon; guérison; par M. *Deleau*, chirurgien-major, chirurgien en chef de l'hôpital de Constantine, t. LIV, p. 295.

Fracture comminutive des deux os de la jambe, à leur partie supérieure, avec des esquilles nombreuses, et séparation des deux condyles du tibia. Amputation de la cuisse. Ligature de l'artère crurale et d'une perforante. Pas d'accidents; les ligatures tombent le vingt-unième jour après l'opération; mais, par l'ouverture qui donnait passage à celle de la crurale s'écoule une quantité considérable de pus. Un stylet engagé par cette ouverture pénètre jusqu'à l'arcade crurale. On donne des fortifiants, on fait une compression modérée et des injections toniques dans le trajet; la suppuration diminue; la cicatrisation est presque complète. Mais tout à coup une hémorrhagie abondante a lieu; elle s'arrête. La plaie se cicatrise entièrement. Le malade commençait à se lever lorsque subitement une atroce douleur se développe à la partie antérieure de la cuisse, qui acquiert bientôt un volume énorme. Pâleur du blessé; pouls filiforme, intermittent. 50 sangsues. — On a été sur le point de lier l'artère crurale. Fluctuation au côté externe du moignon. Ponction sur ce point. Il sort une grande quantité de sérosité sanguinolente. Incision à la partie antérieure de la cuisse; mèche. Le lendemain, il s'écoule par là, et plus tard par une ouverture naturelle de la cicatrice du moignon, une quantité considérable de sang poisseux, noir et infect. Cet écoulement continue

les jours suivants. Traitement local et général par les toniques. Diarrhée. Inappétence. Un abcès assez volumineux, sous-musculaire, se développe à la partie antérieure externe du moignon. Guérison. — Quels vaisseaux ont donné lieu à l'hémorrhagie? Les muscles et l'os ont été contus, et il est possible que les vaisseaux périostiques, corrodés par la suppuration, se soient ouverts. Toutefois, l'idée de l'ulcération d'un vaisseau d'un certain calibre n'est pas inadmissible, vu l'abondance de l'hémorrhagie et la rapidité avec laquelle le membre se tuméfia.

FRACTURES. — Observations de fracture multiple de la face et fracture du fémur gauche, t. LVI, p. 281 (*Voyez* Clinique chirurgicale de Versailles).

FRACTURES. — Fracture transverse de vertèbre dorsale, t. LVIII, p. 294. (*Voyez* Chirurgie).

— Fracture de vertèbres, *ib.*, p. 318. (*Voyez* Chirurgie).

— Fracture verticale de l'os maxillaire inférieur, *ib.*, p. 321. (*Voyez* Chirurgie.)

— Fracture double de la mâchoire inférieure, *ib.* p. 323 (*Voyez* Chirurgie).

FREMANGER, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Thionville* (1). — Note sur un appareil normaloïde propre au traitement des fractures de la jambe, et susceptible d'une application générale (conjointement avec M. Lasserre), t. LV, p. 251.

FROPO, *chirurgien sous-aide à l'hôpital d'instruction de Lille* (2). — Observation d'hydrocèle ayant pour enveloppe un ancien sac herniaire, resté en communication avec la cavité du péritoine, t. LIV, p. 309.

FURNARI. — Essai sur les causes, la nature et le traitement des ophthalmies en Afrique (Analyse), t. LIV, p. 231.

---

(1) Admis à la retraite.

(2) En ce moment, médecin adjoint aux ambulances de l'Algérie.

G

GALE. — Du traitement de la gale par la potasse caustique en dissolution; par M. *A. F. Malapert*, chirurgien-major au 12e régiment de chasseurs, t. XLIV, p. 316.

Tout caustique en dissolution, capable de porter spécialement son action sur les boutons sans altérer les portions saines de la peau, peut guérir la gale. L'auteur emploie la potasse caustique à la dose de vingt grains par once d'eau. Les malades se frictionnent deux fois par jour, une fois seulement si la peau est délicate, irritable ou enflammée. On éloigne encore plus les frictions si la gale est ancienne. On peut, dans ce dernier cas, lotionner chaque région successivement. Pour les femmes et les enfants on diminue la dose du caustique. Les avantages de ce moyen sont de guérir la gale *intégralement*, sans reliquats ; du reste, il guérit ces éruptions groupées, qui sont si souvent la suite de la gale. Il ne tache pas le linge, n'infecte pas le corps du malade, et il est d'un transport facile.

GALE. — Communication de la gale du cheval à l'homme; note adressée au conseil de santé; par M. *Segond*, chirurgien-major au 13e régiment d'artillerie, t. LI, p. 149.

L'auteur de cette note rend compte de quatre cas de gale qu'il attribue à la transmission de l'acarurs du cheval à l'homme. A l'appui de son opinion, il invoque plusieurs faits analogues cités dans le *Dictionnaire de médecine vétérinaire* d'Arboval.

GAMA, *chirurgien en chef, premier professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement, au Val-de-Grâce* (1). — Mémoire sur quelques maladies des parties génitales de l'homme et de leurs dépendances, t. XLV, p. 17.

GAMA (H), *chirurgien aide-major au 57e régiment de ligne* (2). — Observation d'une rupture de la cavité cotyloïde, suite d'une chute sur le côté externe de

---

(1) Admis à la retraite.
(2) Actuellement chirurgien-major au 37e de ligne.

la cuisse, t. XLV, p. 309.— Observation d'un anévrisme crural, suite d'un coup de sabre; compression et ligature, t. XLV, p. 324. — Recherches anatomiques sur la région périnéale, t. XLVI, p. 69. — Observations de chirurgie, t. LI, p. 215.

GANGLIONS SYNOVIAUX.— Procédé pour la cure des ganglions synoviaux, t. LVII, p. 141 (*Voyez* maladies chirurgicales).

GANGRÈNE.— Observation sur un cas de gangrène; sphacèle de la jambe, chute spontanée du tibia et du péroné; guérison par *M. A. E. Salleron*, chirurgien aide-major au 32e de ligne, t. XLV, p. 303.

Un homme s'endort sur des gerbes de blé et se réveille avec des douleurs dans toute l'étendue des membres abdominaux (Vésicatoires, vomitif, purgatif, topiques irritants). La jambe gauche se gangrène jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du genou Une solution de continuité s'établit naturellement entre le vif et le mort; plus tard les parties molles gangrenées se renversent sur le pied. On propose l'amputation qui est refusée. Du reste, le malade continue à manger au gré de ses désirs. Il est très-amaigri, et à divers signes on a lieu de craindre la formation d'abcès symptomatiques de l'infection purulente. Il vit dans une atmosphère gangreneuse. Le seul moyen employé avec quelque suite consiste dans l'usage de lotions chlorurées. Le quatre-vingt-dixième jour à dater de l'invasion, le malade, qui était sorti soutenu par deux béquilles, fait un effort pour franchir le seuil en rentrant chez lui, et entend un léger craquement : les os se sont rompus; la jambe sphacélée s'est détachée. La plaie se cicatrise dans l'espace de deux mois avec une saillie du tibia. La santé s'est rétablie parfaitement. L'auteur a pris des renseignements, et rien ne prouve que cette gangrêne puisse être imputée au seigle ergoté. Il tend à croire que le malade a eu une artérite méconnue et favorisée par un traitement incendiaire.

GASC, *médecin en chef du Val-de-Grâce* (1). — Discours prononcé aux obsèques de M. F.-J.-V. Broussais; membre du conseil de santé des armées, t. XLV, p. 392.

GASSAUD, *médecin en chef de l'hôpital militaire de*

---

(1) Décédé.

Bordeaux (1). — Mémoires et observations sur les fièvres pernicieuses et céphalalgiques subintrantes qui ont régné à l'hôpital militaire de Bordeaux, à la fin du printemps et pendant l'été de 1839. t. XLVIII, p. 163. — Réclamation en réponse à celle de M. Maillot, t. L, p. 239.

GASTÉ (L.-F.) *médecin ordinaire* (2). — Rapport adressé à MM. les membres du conseil de santé, sur le service des salles militaires de l'hôpital des cliniques de Montpellier, pendaut le quatrième trimestre de 1838, t. XLVII, p. 1. — Mémoire sur les volvulus, avec expulsion d'une portion d'intestin, *ib.* p. 40. — Observation de méningite épidémique. Forme de collapsus (Extrait d'un mémoire), t. LIV, p. 44.— Observation de mémingite épidémique. Perte des sens, de l'intelligence et de la sensibilité, opisthotonos; rien au cerveau (Extrait d'un mémoire), *ib.* p. 129. — Observation de méningite épidémique. Perte des sens et de l'intelligence, agitation, mouvements douloureux, délire; rien au cerveau. (Extrait d'un mémoire) *ib.* p. 131. — Observations de méningite épidémique. Perte des sens, du sentiment des besoins, sensibilité obtuse, convulsions; rien au cerveau. (Extrait d'un mémoire) *ib.* p. 135. — Mémoire sur l'ivresse, considérée sous le double rapport de la médecine et de la discipline militaire, t. LIV, p. 209.

GARREAU, *pharmacien aide-major* (3). —Conjointement avec M. Gillet, analyse de l'eau du puits foré de l'hôpital militaire d'instruction de Lille, pour servir à l'hygiène et à la géologie, t. LVII, p. 265.

GAUDINEAU, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Philippeville* (4). — (A fait un essai de topographie

---

(1) En ce moment médecin ordinaire à la succursale des Invalides, à Avignon.

(2) Décédé.

(3) Professeur à l'hôpital d'instruction de Lille.

(4) Aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille.

médicale de Philippeville dont on a extrait des documents relatifs à l'histoire médicale de l'Algérie) t. LII, p. 208 (Voyez Algérie).

GAZ AMMONIAC. — Mémoire sur l'action du gaz ammoniac sur les charbons ardents; formation du cyanhydrate d'ammoniaque, et dégagement du gaz hydrogène; par M. *Langlois*, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg. t. L, p. 315.

Des charbons calcinés sont mis dans un tube de porcelaine traversant un fourneau à réverbère. L'une des extrémités de ce tube communique avec un appareil dans lequel du gaz ammoniac est produit et desséché en passant sur des fragments de chaux vive; à l'autre extrémité est adapté un tube récipient en forme d'U, entouré d'un mélange de glace et de sel, et portant le gaz sous des cloches pleines d'eau ou de mercure. La température du tube de porcelaine étant portée au rouge, l'auteur fait passer dans son intérieur, pendant une heure environ, un courant de gaz ammoniac sec. Durant tout le temps de l'opération, un gaz inflammable se dégage. Quand l'expérience est conduite avec soin, ce gaz qui s'échappe n'est accompagné que d'une faible quantité d'ammoniaque; il entraîne seulement un peu du produit qui doit se condenser dans le récipient. On trouve dans la partie inférieure de celui-ci beaucoup de petits cristaux prismatiques ne ressemblant nullement à ceux de l'acide cyanhydrique cristallisé.—L'examen des caractères donne la preuve que cette substance est du cyanhydrate d'ammoniaque. — Recherche théorique de la cause de la production du cyanhydrate d'ammoniaque, au moyen du charbon et du gaz ammoniac. — Expériences tendant à constater sa composition. Détermination de sa formule.

GÉLATINE. — Extrait du rapport adressé à MM. les officiers de santé en chef de l'armée d'Afrique, sur les fabriques de gélatine et de viande fumée improvisées à Médeah dans le courant du mois de juillet 1840; par M. *Jeannel*, pharmacien aide-major, t. LI. p. 263.

Ces fabriques avaient pour but de conserver à la garnison les ressources d'une alimentation animale, malgré l'inanition et, par suite, la perte inévitable du troupeau de bœufs qui formait l'approvisionnement d'une ville investie.

Première partie. — La place de Médéah avait en viande sur pied 528 têtes de bétail, et se trouvait, par les efforts d'un ennemi très-supérieur en nombre, dans l'impossibilité de s'approvisionner

en fourrage. La saison des grandes chaleurs était venue, le sol était aride et brûlé. Les bœufs rentraient au parc plus efflanqués qu'ils n'en étaient sortis : chaque jour l'inanition en faisait tomber un grand nombre. Les magasins ne contenaient qu'un petit approvisionnement de sel. L'auteur conçut la pensée de conserver des viandes par la fumée, en rendant son action tellement prompte qu'elle devançât la fermentation putride. Son projet fut approuvé par une commission, et, plus tard, les besoins de la garnison devenant plus pressants, il proposa l'établissement d'une fabrique de gélatine. — Détails sur la construction et l'appropriation de bâtiments destinés à fumer les viandes, et à la fabrication de la gélatine. On fit servir pour ce dernier travail de grandes chaudières provenant de bains maures.

Deuxième partie. — Résumé du travail de la commission.

Viande fumée. Offrant au toucher la solidité du bois, résonnant lorsqu'on la frappe sur un corps dur. 328 kilogr. de viande ont donné 88 kil. 70 de viande fumée : rendement, 27 pour 100; 67,50 grammes correspondent à une ration de viande fraîche. Par une préparation convenable, et après neuf heures de cuisson, un litre d'eau et 67,50 grammes de viande fumée, ont fourni un bouillon passable. La viande était très-bonne et avait repris une grande partie de son volume.

Quantités fabriquées : quatre quintaux ou six cents rations (distribuées intégralement).

Gélatine. Caractères : bords durs, présentant une cassure vitreuse; centre encore un peu flexible, mais résistant à la pression du doigt; surface lisse et brillante, ne conservant aucune apparence de viscosité. 1966,90 kilog. de viande (poids absolu, issues non distribuables comprises) ont produit 96,90 kilog. de gélatine : rendement, 4,93 pour 100; 13,52 grammes correspondant à une ration de viande distribuable, augmentée du bénéfice des issues. 12,32 grammes dissous dans un litre d'eau ont donné un bouillon convenable.

Quantités fabriquées : 9 quintaux métriques. Quantités distribuées : 70 rations de 12, 32 grammes.

La viande fumée a nourri la garnison pendant cinq jours.

GENIN (A) *chirurgien aide-major, chargé en chef du service de l'hôpital militaire de Bone.* Observation d'amputation du bras dans l'ariculation scapulo-humérale; réunion immédiate; guérison, t. XLVIII, p. 358.

---

(1) Actuellement chirurgien-major au 24e de ligne.

GERMAIN (Achille) *chirurgien aide-major à l'école militaire de Saint-Cyr* (1). — Observation sur un cas d'extraction de corps étranger engagé dans l'œsophage, t. XLIX, p. 198.

GERMINATION (fonctions de l'eau dans la) t. L, p. 329, (*Voyez* EAU).

GILGENCRANTZ, *chirurgien-aide-major au 3e régiment du génie* (2). — Mémoire sur la charge que portent les troupes en route, t. XLV, p. 166.

GILLET, *pharmacien aide-major* (3). — Conjointement avec M. Garreau, analyse de l'eau du puits foré de l'hôpital militaire d'instruction de Lille, pour servir à l'hygiène et à la géologie, t. LVII, p. 265.

GODARD, *chirurgien-major, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles* (4). — Observation de blessure à la face par un coup de pied de cheval; cicatrice difforme et éraillement considérable de la paupière; blépharoplastie pratiquée avec succès, t. LIII, p. 185. — Observation de tumeur enkystée du col; ouverture de la tumeur, injection avec la teinture d'iode; guérison; *ib.* p. 198. — Emploi de la teinture d'iode en injection; dans un cas d'hydrocèle compliquée d'engorgement et de déformation du testicule, et sur cinq sujets atteints d'hydrocèle simple, *ib.* p. 201.

GODÉLIER, (Charles-Pierre) *aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg* (5). — Mémoire sur la salubrité des garnisons du département de la Charente-Inférieure, t. L, p. 1. — Mémoire sur cette question, proposée

---

(1) En ce moment chirurgien-major à l'hôpital militaire de Saint-Omer.

(2) Aujourd'hui chirurgien-major à l'hôpital militaire de Colmar.

(3) Au corps expéditionnaire de la Méditerrannée.

(4) Actuellement chirurgien principal au même hôpital.

(5) En ce moment médecin ordinaire, professeur au même hôpital.

par le conseil de santé des armées : Recherches sur les causes du fréquent développement de la phthisie pulmonaire parmi les soldats, et les moyens de prévenir et de traiter plus efficacement cette maladie, t. LIX, p. 1.

GRELLOIS (Eugène), *médecin adjoint* (1).— Esquisse sur la topographie médicale d'Hammam-Moskhoutin, et rapport sur les propriétés thérapeutiques de ses eaux minéro-thermales, t. LX, p. 313.

GRISEL, *chirurgien sous-aide à l'hôpital de Tlemcen* (2). — Observation de deux vastes abcès du lobe droit du foie, dont l'un s'est ouvert dans la cavité de la poitrine, l'autre dans l'abdomen, t. LV, p. 61.

GUERRE, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Maubeuge* (3). Observation de mort subite à la suite d'excès d'aliments; lésion du cerveau et du cervelet, t. L, p. 88.— Observation d'hydrothorax et d'opération de l'empyême pratiquée avec succès, t. LI, p. 209.— Observation de nécrose du crâne, t. LVIII, p. 272.

GUYON, *chirurgien en chef de l'expédition dirigée contre Constantine* (4).— Histoire médicale et chirurgicale de l'expédition dirigée contre Constantine en 1837, t. XLIV, p. 235.— Rapport chirurgical sur l'expédition du passage aux portes-de-fer, en octobre 1839, t. XLVII, p. 272. — Observations médicales faites à la suite de l'armée qui, en octobre 1839, a traversé les Portes-de-fer, de la province de Constantine dans celle d'Alger, t. XVIII, p. 202. — Note relative à la méningite épidémique qui s'est manifestée à Douéra et à Bathna, t. LIX, p. 177.

---

(1) Aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon.
(2) Hors de service.
(3) Actuellement chirurgien principal à Philippeville.
(4) En ce moment chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

H

HAÏCAULT, *chirurgien sous-aide-major* (1). — Observation de périostose, t. LVIII, p. 239.

HAMMAM-BERDA et HAMMAM-MEZ-KOUTIN. — Analyse des eaux minérales d'Hammam-Berda et d'Hammam-mez Koutin, t. XLVII, p. 320. (*Voyez* Eaux minérales).

HAMMAM-MESKHOUTIN. — Propriétés thérapeutiques des eaux minéro-thermales d'Hammam Mes-Khoutin, t. LX, p. 313. (*Voyez* Topographie).

HASPEL, *médecin adjoint à l'hôpital militaire de Briançon* (2). Etudes expérimentales sur l'encéphale des mammifères et des oiseaux, t. LIII, p. 72. — Mémoire sur les abcès du foie, t. LV, p. 1. — De l'hyperémie du foie, t. LVIII, p. 3.

HÉMÉRALOPIE. — Mémoire sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de cette maladie; par M. *Biard*, chirurgien-major au 16e régiment d'infanterie de ligne, t. XLIX, p. 108.

L'auteur a observé 120 cas d'héméralopie à Strasbourg et à Metz, pendant les années 1835, 1837 et 1839. Lawrence, qui fait de l'héméralopie une maladie propre aux régions méridionales, est dans l'erreur, car on l'observe fréquemment sur les frontières du nord et de l'est de la France. Dans certains cas, l'héméralopie, à laquelle les auteurs ont reconnu une foule de causes diverses, et que plusieurs classent au nombre des asthénies, serait sympathique d'un état de l'estomac. C'est même, d'après Scarpa, ce qui aurait lieu généralement. Voici les symptômes de la maladie : le soleil couché, le malade est comme enveloppé d'un brouillard qui l'empêche de distinguer les objets environnants. Il voit la lumière des lampes entourée d'un nuage, et n'aperçoit pas ses camarades. Pupille mobile, peu dilatée le jour, dilatée et peu contractile le soir. Céphalalgie chez quelques-uns; quelquefois aussi

(1) Actuellement chirurgien aide-major au 13e de ligne.

(2) En ce moment chirurgien ordinaire à l'hôpital militaire de Toulon.

légère injection conjonctivale. Le traitement consiste à toucher légèrement, avec le nitrate d'argent, le globe oculaire vers le point d'insertion de la cornée à la sclérotique, du côté externe. Ce traitement a donné des succès aussi constants que rapides. *Conclusions :* 1° l'héméralopie, observée à Strasbourg et à Metz, appartient à la classe des asthénies nerveuses ; 2° elle reconnaît ponr cause, dans les garnisons du nord et de l'est de la France, l'atmosphère froide et humide et les émanations miasmatiques auxquelles se trouvent exposés les factionnaires sur les remparts de nos places fortes entourées d'eaux stagnantes ; 3° elle règne ordinairement au printemps, pendant les mois d'avril, mai et juin ; 4° cette affection est idiopathique et ne réclame qu'un traitement purement local ; 5° le nitrate d'argent, à titre de modificateur énergique de la sensibilité de l'œil, est un des moyens les plus sûrs et les plus prompts pour guérir cette espèce d'héméralopie, quelle que soit d'ailleurs son ancienneté.

HÉMÉRALOPIE. — Note sur la nature et le traitement de l'héméralopie ; par M. J. R. J. *Valette*, chirurgien-major au 1er régiment du génie, t. XLIX, p. 120.

D'après M. Valette, l'héméralopie, loin d'être une affection asthénique, serait une maladie spasmodique et dépendrait du resserrement de la pupille ayant lieu le soir, au moment où cette ouverture devrait au contraire se dilater. Il se fonde sur les effets constamment et rapidement avantageux qu'il a retirés des instillations d'une solution aqueuse d'extrait de belladone, et il a vu plus de 200 héméralopes. L'héméralopie, comme les fièvres intermittentes, se manifeste principalement à l'automne et au printemps, et règne, comme elles, dans les pays marécageux.

Le rédacteur fait remarquer, dans des réflexions à la suite, que la plupart des praticiens qui ont observé l'héméralopie, ont cru découvrir quelque moyen spécial pour la guérir, parce qu'elle guérit spontanément. Le traitement consiste à garder les malades en repos à la chambre. Exceptionnellement, on peut être amené à prescrire une saignée ou des sangsues. Quand à la cautérisation conseillée par M. Biard, elle sort de la catégorie des remèdes innocents.

HÉMOPTYSIE. — Observation d'hémoptysie grave occasionnée par *l'hœmopis vorax* (*hyrudo ægyptiaca* ;) par M. *Ad. Aulagnier,* médecin en chef de l'hôpital de Barèges. t. XLVI, p. 283.

Le nommé B.... entre à l'hôpital de Mustapha, à Alger, pour cause d'hémoptysie. M. Aulagnier diagnostique une pneumonie et

pratique une application de sangsues. Les accidents persistent. Enfin, dans un effort de vomissement, une grosse sangsue se montre dans la bouche ; elle est saisie immédiatement à l'aide d'une pince à pansement, et extraite douze jours après son introduction. Le malade avait bu de l'eau dans un ruisseau sans se servir de vase. M. Aulagnier pense que cette sangsue était l'*hirudo vorax* ; il propose de recourir dans les circonstances analogues à l'emploi de l'oxycrat, aux gargarismes et aux lavements d'eau salée, ainsi qu'aux fumigations de tabac.

HÉMORRHAGIE. — Hémorrhagie dentaire grave et opiniâtre, ayant compromis la vie du sujet, et ayant été occasionnée par l'avulsion d'une dent. Moyens qui ont été employés ponr s'en rendre maître ; par M. J. J. A. *Martin*, chirurgien-major de première classe, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Colmar, t. LIII, p. 274.

Un homme à tempérament lymphatique entre à l'hôpital pour une plaie contuse superficielle qui donnait beaucoup de sang ; on eut beaucoup de peine à arrêter l'hémorrhagie ; une dent molaire cariée, qui le faisait beaucoup souffrir, fut arrachée ; il s'ensuivit une hémorrhagie qui dura jusqu'au lendemain, et qui jeta le sujet dans un grand état de faiblesse. Vainement on tamponna l'alvéole avec de la charpie saupoudrée de colophane, avec de la cire, avec du liége ; vainement on fit usage d'une foule de styptiques, et, finalement, du cautère actuel. Le péril était imminent. Un bouchon de liége étant placé dans l'alvéole, deux compresses garnies d'amadou furent appliquées sur la gencive en dedans et en dehors de cette cavité. Une plaque de plomb, en forme d'auge, recouvrit le bouchon et les compresses, et fut elle-même maintenue par deux tiges de fer trempé, recourbées en forme de fer à cheval. De plus, un morceau de liége, interposé aux arcades dentaires, empêchait les petits morceaux de fer de remonter. L'hémorrhagie s'arrêta enfin. L'état général était des plus alarmants ; il y avait une tendance marquée à l'infiltration séreuse, à l'état scorbutique et gangréneux. Un traitement tonique et antiseptique fut appliqué avec succès, et le sujet put partir en convalescence.

Le rédacteur du *Recueil* cite, dans une note à la suite, plusieurs cas remarquables de diathèse hémorrhagique.

HÉMORRHAGIES VEINEUSES. — Observations d'hémorrhagies veineuses suivies de mort ; par M. *Fortuner*, chirurgien major, t. LIV, p. 275.

1re Observation. — *Perforation spontanée de la veine cave inférieure.*

Un jeune soldat éprouve des douleurs abdominales assez vives à la région ombilicale; ventre souple; pouls naturel. Il est exempté de service. Il se couche, ne se plaint pas pendant la nuit; à trois heures du matin, on le trouve mort dans l'attitude de la veille. Autopsie : L'abdomen contient plus d'un litre et demi de sang. Au niveau de la dernière vertèbre dorsale, la veine cave inférieure offre une déchirure pouvant admettre l'extrémité du pouce ; le vaisseau dilaté et aminci à l'endroit de la rupture. Il n'y a pas eu de cause efficiente. La seule atrophie des membranes a amené la catastrophe.

2e Observation. — *Plaie de la veine fémorale suivie de mort presque instantanée.*

Un homme reçoit dans une rixe un coup de sabre à la cuisse, et poursuit son adversaire dans l'étendue de 250 pas environ. Il tombe, après avoir laissé une trace non interrompue de sang dans l'espace parcouru. Perte de connaissance; respiration haletante; pâleur; absence du pouls; tête fortement déjetée en arrière. Mort au bout de peu d'instants. Autopsie : La veine crurale était traversée d'avant en arrière à sa partie externe, au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, dans une étendue de 0, 3, avec un lambeau détaché supérieurement, et ne tenant à la veine que par sa partie inférieure. L'artère n'avait pas été intéressée. Cet homme aurait pu être sauvé, si l'on s'était rendu maître de lui après sa blessure, et si l'on avait fait la compression en attendant un médecin.

L'auteur cite un cas dans lequel une hémorrhagie veineuse fut prise pour une hémorrhagie artérielle. L'artère fut liée, et l'homme ayant succombé deux jours après, on reconnut l'erreur.

HENRY, *chirurgien sous-aide* (1). — Observation de plaie présumée du cœur, suivie de guérison, t. XLIX, p. 156. — Observation de tumeur considérable du cou, faisant saillie dans le pharynx et sous la base de la langue, *ib.*, p. 336

HENRY (A), *pharmacien aide-major chargé du service de l'hôpital militaire de Phalsbourg* (2). — Recher-

(1) Aujourd'hui chirurgien aide-major au 4e léger.
(2) Décédé.

ches chimiques sur le suc de digitale pourprée, t. XLIII, p. 373.

HÉPATITE. — Description générale de l'hépatite qui règne dans la province d'Oran, t. LV, p. 99.

La science ne possède pas encore une description fidèle, complète, de l'hépatite chronique. Les affections du foie peuvent revêtir les symptômes et la tournure de la plupart des affections chroniques de la poitrine et du tube digestif, ou elles se cachent derrière la diarrhée et la dysenterie. La douleur est excessivement variable ou ne se développe que lorsque les malades marchent; elle est tantôt aiguë, lancinante, tantôt sourde et obtuse, et s'étend jusqu'au poumon et jusqu'à l'épaule. L'ictère est extrêmement rare, ce qui s'explique par le siége des abcès à la convexité; dans un cas où l'ictère existait, l'abcès, d'un volume énorme, comprimait les canaux biliaires. L'auteur a observé un cas d'absence d'ictère avec destruction presque complète du foie; la vésicule ne contenait qu'un mucus blanchâtre; le malade offrait une teinte jaune-paille générale.

La tuméfaction de l'hypochondre et l'appareil des symptômes qui, selon les auteurs, accompagnent toute suppuration interne, ne se montrent que fort tard. Enfin, un aspect cachectique particulier et une émaciation graduée ou rapide existent fréquemment.

Lésions observées après la mort dans le parenchyme hépatique. Dans toutes les observations rapportées, le volume du foie était augmenté. De plus, en général, il était d'un rouge-brun plus foncé que de coutume, noirâtre, surtout autour des foyers de suppuration, et ramolli. D'autres fois, le parenchyme hépatique était pâle, décoloré, sillonné par de rares vaisseaux, et présentait une série de petites masses jaunâtres percées à leur centre d'une ou plusieurs ouvertures, et circonscrites, de toutes parts, par les cellules fibreuses, qui forment autant d'alvéoles distinctes. Ces granulations étaient molles et friables; d'autres fois, elles sont indurées. Dans tous les cas, elles peuvent exister avec coloration rouge, grise, noire, ardoisée; résultat pur et simple de l'inflammation. Dans la plupart des cas, très-peu de développement vasculaire.

Les abcès ont été plus souvent profonds que superficiels; les premiers sont plus insidieux, plus chroniques; les superficiels appartiennent plutôt à la forme aiguë, suivant Annesley. Ils se sont développés de préférence dans le lobe droit; il n'en existait qu'une fois dans le lobe gauche. Le volume de ces abcès varie; une fois, le parenchyme du foie avait entièrement disparu. Le plus souvent il y avait deux ou trois abcès, quelquefois un plus grand nombre, et alors, ils étaient plus petits.

Quelquefois, le pus n'était pas encore rassemblé en foyer purulent; mais, dans un ou plusieurs points plus ou moins circonscrits, le parenchyme hépatique semblait converti en un pus blanchâtre, concret, qui infiltrait la substance, et le foie, incisé dans ces points, était induré. Ordinairement, on arrive, par degrés insensibles, du tissu normal du foie au tissu morbide ; autour de l'abcès, le tissu hépatique est rouge, friable, ramolli ou induré, pâle et comme réticulé ; quelquefois, on remarque une foule de petits points d'un rouge noirâtre formés par de petits épanchements sanguins.

Le pus n'a été qu'une seule fois couleur lie de vin. Ces abcès se sont ouverts quelquefois à la paroi abdominale, sous la base de la poitrine; une fois dans l'estomac ; une autre, dans le colon transverse. Plusieurs fois M. Haspel a rencontré des cicatrices ridées à la surface du foie.

La bile n'a pas de caractères constants : elle est tantôt aqueuse, tantôt noire et poisseuse, tantôt normale. Les dérangements digestifs étaient variables. Le dévoiement, fréquent au commencement de la maladie, signala les derniers jours dans presque tous les cas. La dysenterie coïncida fréquemment avec l'hépatite. Les vomissements sont rares. Un rapport constant ne saurait être établi entre l'état pathologique du foie et celui de l'estomac; cet organe était sain quelquefois, d'autres fois malade. Les lésions des intestins grêles étaient légères ou nulles; celles du gros intestin manquent rarement, et, par leur fréquence et leur gravité, elles acquièrent de l'importance ; ce sont des ulcérations d'une grandeur variable, irrégulièrement circonscrites, le plus souvent avec épaississement œdémateux ou squirrheux des tuniques intestinales.

Quant à l'appareil respiratoire, ses troubles ont consisté dans une petite toux sèche, claire, qui existait presque toujours; dans quelques cas la respiration était courte, gênée par la douleur épigastrique ; quelquefois, il y a eu menace de suffocation, accidents analogues à ceux de l'asthme.

L'inflammation de la surface convexe a paru s'annoncer par une douleur sourde, devenant par moment aiguë, lancinante, pongitive.

Le pouls était, en général, normal, petit, peu fréquent ; quelquefois, mais rarement, accéléré et plein ; en général, il était plutôt lent que fréquent, excepté dans les derniers temps de la vie, où il s'accélérait et devenait plus fort.

La fièvre le soir, avec frissons et sueur, était toujours d'un pronostic grave.

Le sang tiré de la veine n'avait rien de particulier ; les épistaxis ont été rares.

Malgré la liaison qui unit les premiers temps de l'existence avec les fièvres intermittentes, les troubles fonctionnels du système nerveux ont été peu graves.

Les ressources de la médecine sont peu nombreuses et bien impuissantes ; ce qui vient surtout de ce que la maladie est déjà trop avancée quand elle se présente, la suppuration étant déjà formée : c'est beaucoup plus tôt qu'il faudrait agir.

Sur 85 cas de maladie du foie, signalés dans le rapport adressé au médecin en chef de l'armée d'Afrique par M. Haspel, on compte 17 décès.

HÉPATITE. — Hépatite chronique; abcès multiples du foie, t. LV, p. 118. (*Voyez* Abcès du foie).

HÉPATITE. — Coïncidence de l'hépatite et des abcès du foie, t. LVIII, p. 27. (*Voyez* Maladies du foie).

HÉRAULT. — Topographie du département de l'Hérault, t. XLIX, p. 64. (*Voyez* Topographie).

HEYSCH, *chirurgien-aide-major au 1er régiment de chasseurs* (1).— Observatiou de syphilide tuberculeuse traitée sans succès par le mercure pris à l'intérieur, et guérie par la méthode de M. Malapert, t. XLV, p. 317.

HISTOIRE MÉDICALE. — Histoire médicale et chirurgicale de l'expédition dirigée contre Constantine en 1837; par M. *Guyon*, chirurgien en chef de l'expédition, t. XLIV, p. 235.

Le corps expéditionnaire, fort de 12,453 hommes et de 4,371 chevaux, quitte Medjez-Amar le 1er octobre 1837, et arrive le 6 devant Constantine. Le 12, le général Danrémont est tué. L'assaut a lieu le 13. On compte 506 blessés, dont 380 officiers; dans ce nombre figurait 150 brûlés.

Parmi les maladies observées, M. Guyon signale particulièrement des fièvres, des congestions cérébrales, un suicide, des diarrhées, des engelures et des congélations. Ces dernières offrirent ceci de remarquable, que le thermomètre n'était pas descendu *au-dessous* de +4°; dans l'expédition de Constantine, de 1836, si riche en cas graves de congélations, le thermomètre n'était pas descendu au-dessous de 0, 5° *au-dessus* de 0.

Le choléra, qui ne s'était pas montré pendant la marche sur Constantine, se manifeste tout à coup dans cette ville le 23 oc-

(1) Aujourd'hui chirurgien-major au 2e de chasseurs.

tobre. Le 61e de ligne, au contraire, parti de Bone après la colonne expéditionnaire, perd 5 hommes du choléra pendant la route de Bone à Constantine. La maladie se montre, le 16 octobre, à Medjez-Amar (1), le lendemain de l'arrivée d'un bataillon du 12e de ligne ; elle commence à sévir à Guelma le 31 du même mois. La première manifestation de la maladie avait eu lieu le 17 septembre au Fort-Génois, où elle avait accompagné le 12e de ligne, qui, depuis son départ de Marseille, où régnait le choléra, avait perdu 25 cholériques. Dès le 25 septembre, deux cas de choléra étaient signalés à l'hôpital des Caroubiers, situé à une demi-lieue du Fort-Génois (2). Un fait digne de remarque, c'est que, pendant que le choléra sévissait à Constantine, la population indigène parait en avoir été complètement épargnée.

La mortalité de l'armée causée par l'épidémie fut de

	18 décès	au Fort-Génois
	192	à Bone
	32	à Dréan
	92	à Medjez-Amar
	35	à Guelma
	489	à Constantine
Total	858 morts.	

Suivent quelques observations relatives à des accidents chirurgicaux.

HOPITAL MILITAIRE. — Rapport au conseil de santé sur le service chirurgical de l'hôpital militaire de Besançon; par M. *Schlosser*, chirurgien en chef de cet établissement, t. XLVI, p. 52.

L'auteur emploie depuis longtemps le bandage amidonné. Il trouve imprudent de permettre au malade de marcher au bout de dix à douze jours, suivant la pratique de M. Velpeau. Le seul inconvénient du bandage amidonné, est de ne pas assez maintenir le pied, quand une fracture comminutive atteint la jambe près des malléoles : le fragment inférieur bascule, et le talon va peser douloureusement sur le lit. L'auteur obvie à cet inconvéuient à l'aide d'attelles coudées qui fixent invariablement et suspendent

(1) *Note du Rédacteur.* La manifestation du choléra, le 16 octobre, au camp de Medjez-Amar, où le rédacteur de cette note était alors chargé du service médical, offrit cette particularité, qu'elle coïncida avec l'arrivée d'un bataillon du 12e de ligne venant de Marseille, *mais n'ayant plus de cholériques.*

(2) *Note du rédacteur.* Nous avons constaté cette coïncidence entre l'arrivée du 12e de ligne au Fort-Génois, et la manifestation des deux cas de choléra aux Caroubiers.

le pied, idée qu'il a puisée dans les œuvres d'A. Cooper. Il cite deux cas dans lesquels ce mode de traitement eut un succès complet. — *Luxations.* A la suite d'une chute sur la paume de la main et sur le coude, un officier présente une luxation huméro-cubitale en arrière. La réduction ne peut, faute d'un diagnostic précis, être tentée que le 26e jour. Le sujet est solidement fixé à un anneau scellé dans le mur ; un lac est attaché à l'insertion du deltoïde, l'autre au-dessus du poignet, l'avant-bras fléchi sous le bras. Les os se réduisent après de longues tentatives, et s'échappent de rechef. Cet officier avait eu précédemment l'olécrâne arraché par suite de la contraction du biceps, en faisant des armes. — Luxation récente de l'humérus en bas; elle résiste aux manœuvres les plus rationnelles, qui sont suspendues; au même moment un aide porte son bras sous le bras luxé, le pousse vigoureusement en haut, et la réduction s'opère instantanément. — *Plaie pénétrante de la poitrine.* Coup de fleuret sous le téton gauche; le blessé rend du sang par la bouche et par la plaie ; néanmoins il rentre au quartier, fait son service, déjeune et boit abondamment. Dans l'après-midi, dypsnée suffocante, crachement de sang, perte des forces, sueur froide, pouls nul ; bientôt le sang sort à flots par la bouche. Le blessé est réchauffé. Cataplasmes sinapisés chauds à la plante des pieds, lavement purgatif, limonade minérale, saignée de 2 palettes. Le pouls se relève, même saignée. On en fait 17 en 13 jours, et l'on applique 50 sangsues et 20 ventouses scarifiées. Diète et repos absolus. Guérison dans l'espace de 8 semaines. — *Affections des yeux.* Les affections des conjonctives sont très communes à Besançon. Les variations brusques de l'atmosphère et la réverbération de la lumière par des roches blanchâtres, couvertes de neige en hiver, expliquent cette fréquence. La médication la plus efficace est le frottement de la surface enflammée avec un pinceau chargé de nitrate d'argent. Des albugos datant de 3 ans, traités de cette manière ont disparu. Le même moyen convient dans les ophtalmies scrophuleuses, blennorrhagiques, etc. Une saignée capillaire ou générale précède son emploi. — Une hydrocèle récente a été guérie par le vésicatoire; deux autres ont été opérées par le procédé de M. Larrey. — Les engorgements testiculaires chroniques sont traités par les antiphlogistiques employés avec persévérance, et, quand ceux-ci échouent, à l'aide du vésicatoire, qui a constamment réussi. — Amputation de la jambe pour une carie du pied; guérison. On avait dû faire la ligature médiate des artères péronière et jumelles rétractées. — *Syphilis.* Tout homme affecté d'un accident syphilitique ou présumé tel, est soumis à l'inoculation; si la vésicule spécifique se produit, on administre le mercure; sinon, non. Sur 200 inoculations (chancres), il y a eu sept réfractaires, qui ont été traités par la cautérisation, les émollients, le vin aromatique simple ou opiacé et le régime. Les autres ont été soumis au traitement mer-

curiel. Sur plus de 300 phymosis, l'auteur n'a fait qu'un débridement. Dans les autres cas, il a toujours réussi à l'aide d'une injection avec le sublimé et l'extrait d'opium (0,1 de chaque substance). Les bubons d'emblée sont rares, mais ils existent. En pareil cas, sur 20 inoculations, une seule a été suivie d'effet. L'inoculation a toujours réussi dans les bubons suite de chancre, jamais dans les bubons liés à une uréthrite. L'auteur emploie dans tous les cas la méthode de M. Malapert; il croit fermement que le virus est neutralisé sur place par le médicament. Pour ouvrir les bubons il donne la préférence à la potasse caustique. Sur 57 inoculations dans l'uréthrite, deux seulement ont réussi. Dans les deux cas, le mercure a guéri la maladie. Dans les uréthrites sans complication, il emploie en injections une légère dissolution de nitrate d'argent (0,2 pour 120 grammes d'eau), pour supprimer les écoulements qui ont résisté aux émollients et au copahu. Il traite les orchites blennorrhagiques par la saignée et les fomentations de chlorhydrate d'ammoniaque (4 à 12 grammes pour un litre d'eau). L'inoculation n'a rien produit dans les tubercules muqueux. Dans les exostoses, les caries syphilitiques, l'auteur emploie les pilules de Dupuytren (jamais plus de deux par jour), et, à défaut de la tisane de Fieltz, une forte décoction de salsepareille, additionnée de sirop sudorifique du formulaire.

HOPITAL MILITAIRE.— Observations recueillies à l'hôpital militaire de Dunkerque; par M. *Chambolle*, chirurgien en chef de cet établissement, t. LIV, p. 247.

Première observation. — *Epidémie de pourriture d'hôpital.*

Au commencement d'octobre 1838, une épidémie de pourriture d'hôpital commença à sévir sur les blessés de l'hôpital de Dunkerque. L'auteur crut trouver la cause de l'épidémie dans la construction d'une salle de spectacle sur la place de l'hôpital, construction pour les fondations de laquelle on avait mis à découvert un ancien fossé de la ville contenant une eau très altérée. L'épidémie, active dans son origine, diminua d'intensité pendant les gelées, reprit quelque force au mois de mars, et se termina avec les travaux de fondation. La propreté des salles fut entretenue avec le plus grand soin, et l'on y pratiqua fréquemment des fumigations guytoniennes. Le traitement consista dans la suppression des mercuriaux, si l'usage en était commencé; dans des pansements avec une solution d'opium, quand il y avait douleur, avec une solution de chlorure de sodium, quand les parties étaient indolentes. La durée moyenne des symptômes a été de 14 jours,

abstraction faite des cas très légers dont il n'a pas été tenu compte. Toutes les parties atteintes étaient primitivement le siége d'ulcères syphilitiques, excepté chez l'un des sujets. Il est à noter que la plupart des piqûres de saignée s'enflammèrent plus ou moins. Le cautère actuel n'a été nécessaire dans aucun cas. L'auteur ne croit pas le vésicatoire plus efficace ou même aussi efficace que le chlorure de sodium. Tous les accidents ont cédé au traitement indiqué.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Fracture comminutive et compliquée du tarse gauche, suite de chute; amputation, pourriture d'hôpital, guérison. Quelques réflexions sur la section oblique du tibia; ib.* p, 252.

Un homme tombe, étant ivre, d'une fenêtre élevée. Il se brise les os du tarse; l'un des fragments a produit une plaie contuse et déchirée. On tente la conservation de la partie. Bientôt il faut extraire un des fragments. L'inflammation est combattue avec la plus grande énergie. La suppuration s'établit; elle est abondante et de mauvaise nature. Deux larges eschares gangreneuses se forment. Une consultation est réunie. L'amputation de la jambe est décidée et pratiquée; le tibia est scié d'après le procédé de Béclard, procédé qui prolonge l'opération et qui laisse l'os coupé plus long de toute la portion qui se trouve au-dessous du point où la section oblique a commencé, double raison pour laquelle M. Chambolle renonce désormais à ce procédé. Les désordres étaient extrêmes, tant dans le squelette que dans les parties molles du pied. La pourriture d'hôpital, qui sévissait alors dans l'établissement, s'empara de la plaie, et une petite eschare gangreneuse se forma. La plaie fut pansée avec la solution de chlorure de sodium, prit un bon aspect vers le 15e jour, et se cicatrisa. Pour justifier la conduite qu'il a suivie en cherchant à conserver le membre chez le blessé, M. Chambolle cite le cas d'un janissaire confié à ses soins, lors de la prise d'Alger, et qui guérit d'une fracture comminutive de la jambe, par un biscayen, fracture avec esquilles et compliquée de grangrène, pour laquelle il avait avec insistance mais vainement proposé l'amputation au blessé. Malgré cet exemple dont il a subi l'influence dans le cas qui fait le sujet de cet article, M. Chambolle se promet, en pareille occurrence, de ne pas reculer désormais devant l'amputation immédiate.

TROISIÈME OBSERVATION. — *Plaie d'arme à feu à la face, avec fracture de l'os maxillaire inférieur, lésion de la langue, destruction partielle du nez, de la voûte palatine et du bord alvéoliaire supérieur, ib.* p. 259.

Un sous-officier tenta de se suicider au moyen de son fusil. La

balle fractura le corps de la mâchoire inférieure, la voûte palatine, d'autres parties de l'os maxillaire supérieur et le vomer, divisa le plancher buccal, emporta en biseau la pointe de la langue et vint sortir au-dessous du point de jonction du frontal avec les os nasaux, qu'elle enleva complètement en divisant verticalement le lobule du nez. On fit sur les lieux deux points de suture pour maintenir en contact les lèvres de cette dernière division. A l'hôpital de Dunkerque, M. Chambolle enleva plusieurs esquilles; deux canules furent placées dans les fosses nasales; des bandelettes agglutinatives et un bandage unissant furent appliqués. Le blessé se plaignait d'une soif ardente et de difficulté de respirer. Il fallut mettre une sonde dans la bouche pour le faire boire. Une saignée dut être pratiquée malgré la perte abondante de sang que le sujet avait éprouvée. Au bout de quelques jours une violente inflammation se produisit. La tuméfaction de la langue et des amygdales était telle que, pendant plus de 24 heures, pas une goutte de liquide ne put passer, et que la suffocation paraissait imminente, au point que le chirurgien dut songer à la laryngotomie. Mais une forte saignée et les révulsifs suffirent. Le sang de la seconde saignée était très altéré, vraisemblablement par suite de l'ingestion continuelle du sang, du pus et des mucosités qui s'écoulaient des parties blessées. La plaie inférieure se cicatrisa vers le vingt-cinquième jour, et celle de sortie vers le cinquantième. L'alimentation fut difficile dans les premiers temps. On commença par introduire, au moyen de la sonde et d'un petit entonnoir, des bouillons, du jus de viande; on donna ensuite des bouillies, etc. La langue, coupée obliquement, et tenue fixée par le blessé, autant que possible, sur l'ouverture inférieure, contracta des adhérences avec le plancher de la bouche. Ces adhérences furent divisées aussitôt que la consolidation de la mâchoire inférieure le permit; l'opération fut longue et pénible, comme on avait dû le prévoir; une plaque de plomb échancrée et garnie de linge fut interposée aux surfaces saignantes, et empêcha la production de nouvelles adhérences. A sa sortie de l'hôpital, le blessé jouissait d'une santé générale parfaite; l'ouverture de communication entre la bouche et les fosses nasales s'était réduite des trois cinquièmes. La difformité n'était pas telle que l'on pût penser à la rhinoplastie. Les sens du goût et de l'odorat avaient subi peu d'altération.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION.— Discours prononcé à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, à la séance solennelle de la distribution des prix (1837); par *M. Boissy d'Anglas*, intendant militaire de la 1re division, t. XLIII, p. 382.

L'orateur fait ressortir les grands avantages du principe du con-

cours pour l'admission au titre d'élève, et au grade de chirurgien sous-aide et aide-major. Il fait l'éloge de l'enseignement scientifique du Val-de-Grâce.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Eloge historique de M. le baron Desgenettes, prononcé à la séance solennelle de la distribution des prix du Val-de-Grâce, le 9 septembre 1837; par M. *Soudan*, t. XLIII, p. 391.

Réné Nicolas Dufriche, baron Desgenettes, naquit à Alençon en 1762. Il fit ses premières études au collége de sa ville natale, passa en 1778 au collége Sainte-Barbe, à Paris, et fit ses études médicales à la Faculté de médecine de cette ville. L'éloge de Pringle, prononcé à l'Académie des Sciences, par Condorcet, lui donna le désir d'embrasser la carrière de la médecine militaire. Après un voyage scientifique en Angleterre et en Italie, il se fit recevoir, en 1789, docteur à la Faculté de médecine de Montpellier, où il soutint, dans la langue de Cicéron qu'il parlait avec une grande pureté, une thèse ayant pour titre : *Tentamen physiologicum de vasis lymphaticis*. Il fut nommé en 1793, Médecin Ordinaire à l'armée d'Italie, où il se lia étroitement avec Masséna. Plus tard il fut nommé professeur de physiologie à l'hôpital du Val-de-Grâce, et enfin médecin en chef de l'armée d'Orient. C'est dans la mémorable campagne de Syrie que, pour rassurer le moral de l'armée, ébranlé par les ravages de la peste, il s'inocula cette maladie.

Après la levée du siége de Saint-Jean-d'Acre, il fut invité par le général Bonaparte à donner de l'opium aux pestiférés, pour les empêcher de tomber vivants entre les mains des Turcs ; sa réponse fut : *Mon devoir, à moi, c'est de conserver*. Sur sa proposition, le général Kléber adopta de sages mesures relatives aux lazarets. A son retour en France, en 1802, il fut nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Paris, et, 18 mois après, inspecteur général du service de santé des armées. Il remplit successivement les fonctions de médecin en chef dans les campagnes de Prusse, de Pologne, d'Autriche, d'Espagne et de Russie. Dans cette dernière campagne, il fut fait prisonnier, mais l'empereur de Russie lui fit immédiatement rendre la liberté par reconnaissance pour les soins qu'il avait donnés aux prisonniers russes. Après la campagne de Saxe, bloqué dans Torgau, il prodigua ses soins aux braves décimés par une épidémie formidable de typhus. Dépouillé par la première restauration d'une partie de ses titres, il les recouvra après la rentrée de l'empereur, pour les perdre de nouveau après la campagne de Waterloo. Ce n'est qu'en 1819 qu'il fut nommé encore une fois membre du conseil

de santé des armées. Privé en 1822 de sa chaire de professeur d'hygiène, à la Faculté de médecine de Paris, il n'y fut réintégré qu'après la révolution de 1830. — Il avait publié en 1811, les *Éloges des Académiciens de Montpellier*. En 1832, il fut nommé membre de l'Institut. Frappé d'apoplexie en 1834, il succomba le 2 février 1837, à l'âge 74 ans.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Discours prononcé à la séance solennelle de la distribution des médailles, le 2 juin 1838, à l'hôpital militaire de perfectionnement, par M. *Boissy d'Anglas*, intendant militaire de la première division, t. XLIV p. 391.

L'orateur rappelle aux élèves l'empressement de M. le ministre de la guerre à décerner des récompenses à ceux que le jury en a reconnus dignes. Il exprime la vive satisfaction de l'administration au sujet du témoignage rendu par les chefs immédiats, sur leur zèle et leur conduite. Il engage les élèves admis dans le corps médical, à remplir avec constance, avec dévouement, les importants devoirs qui leur seront confiés. A toutes les qualités qui caractérisent l'officier de santé militaire, ils doivent joindre encore la qualité bien précieuse d'ami du malade.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION.— Discours prononcé à la séance solennelle de la distribution des médailles, le 2 juin 1838, à l'hôpital militaire de perfectionnement, par M. *Brault*, pharmacien en chef, premier professeur, t. XLIV, p. 395.

L'orateur trace le tableau des devoirs imposés à l'officier de santé militaire dans les différentes phases de sa carrière, et des qualités qu'il doit posséder pour les remplir avec dignité. Comme élève dans les hôpitaux d'instruction, ces devoirs sont de deux sortes : *pratiques* et *scientifiques*. Les premiers sont relatifs au service; les seconds ont trait aux nombreuses connaissances qu'il est dans l'obligation d'acquérir. Placé comme chef dans les hôpitaux militaires ou dans les corps, il doit connaître et soigner les maladies du soldat; il doit, dans les régiments, étudier ses mœurs, ses habitudes. Ces connaissances peuvent le mettre à même de le préserver des maux auxquels il est exposé.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION.—Éloge de Broussais, prononcé le 8 avril 1839, à la distribution solennelle des prix de l'hôpital militaire de

perfectionnement; par M. *Michel Lévy*, professeur au Val-de-Grâce, t. XLVI, p. 363.

Broussais, né à Saint-Malo le 17 décembre 1772, entra, à l'âge de 12 ans, au collége de Dinan.

La révolution le surprit achevant ses classes, et l'élève de philosophie s'élança dans les rangs des volontaires. Une maladie vint arrêter ses premiers pas dans la carrière des armes, et le détermina à échanger les galons de sergent contre un emploi de chirurgien-élève de la marine. Il débuta à Brest, fut nommé au concours chirurgien de troisième, puis de deuxième classe, et fit en cette qualité quelques campagnes à bord des corsaires. A l'âge de 31 ans, il vint soutenir à Paris sa thèse, qu'il dédia à Pinel, et qui avait pour titre : *Recherches sur la fièvre hectique, considérée comme dépendante d'une lésion d'action des différents systèmes sans vice organique.* Reçu docteur, il voulut tenter les hasards de la pratique, mais il ne tarda pas à se fatiguer de la carrière, et, dès le 17 brumaire an XIII, il acceptait de Desgenettes un brevet de médecin de l'armée des côtes de l'Océan. Il fit en cette qualité les campagnes des Pays-Bas et de la Hollande. Plus tard il suivit l'armée en Autriche et en Italie. Resté à Udine, il y rassembla les principaux matériaux du livre des phlegmasies chroniques, dont il lui fut donné de venir surveiller la publication pendant un congé passé à Paris. Nommé en 1808 médecin principal en Espagne, il resta dans ce pays jusqu'à la paix, époque à laquelle il fut nommé second professeur au Val-de-Grâce. Dès 1816, il publiait son Examen des Doctrines. — L'orateur termine par une appréciation générale des travaux et des doctrines de Broussais.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Discours prononcé le 30 septembre 1839, à la séance de distribution des médailles de l'hôpital militaire de perfectionnement, par M. *Chuffart*, sous-intendant militaire, t. XLVII, p. 379.

— Discours prononcé à la même séance, par M. *Sédillot*, chirurgien-major, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement, *ib.* p. 384.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Discours de M. *Vaillant*, médecin ordinaire, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement, prononcé le 6 juin 1840, à la séance solennelle de la distribution des médailles, t. XLVIII, p. 374.

Dans une allocution adressée aux chirurgiens sous-aides sur le

point de quitter l'hôpital de perfectionnement, M. Vaillant appelle leur attention sur la gravité des fonctions qu'ils auront à remplir dans les régiments.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION.— Discours prononcé le 7 octobre 1840 à la séance publique annuelle du Val-de-Grâce, par M. *Bégin*, chirurgien en chef, premier professeur, t, XLIX, p. 352.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Discours prononcé par M. *Boissy-d'Anglas*, intendant militaire de la 1re division, à la distribution des prix à l'hôpital militaire dn Val-de-Grâce, le 13 avril 1841, t. L, p. 344.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION.— Discours prononcé à la même séance, par M. *Hippolyte Larrey*, professeur au Val-de-Grâce, ib. p. 349.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION.— Discours prononcé le 16 octobre 1841, à la distributon des prix du Val-de-Grâce, par M. *Millon*, professeur de chimie à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. LI, p. 291.

Les vastes catégories du génie qu'on nomme sciences, se révèlent toutes à la fois par un trait brillant, par quelque loi fondamentale dans l'existence de l'être le plus simple. Il ne suffisait pas, pour comprendre les rapports naturels des faits, d'en contempler l'ensemble, il fallait analyser, désunir ce qui est rapproché, démêler ce qui se confond, grouper ce qui se trouve disséminé et souvent perdu à des distances infinies. C'est ainsi qu'a procédé l'œuvre scientifique des temps modernes. — Le sujet du discours de M. Millon est la recherche des moyens qui appartiennent en propre à cette œuvre ; celle du caractère de la méthode qu'elle emploie ; des traits qui font différer les résultats qu'elle obtient des travaux que nous a transmis l'antiquité; enfin, de l'influence que cette marche diverse de l'esprit exerce ou doit exercer à l'avenir sur la médecine, liée au mouvement des sciences par une affinité bien étroite, puisqu'elle en constitue une des branches principales.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Discours prononcé le 24 septembre 1842, à la distribution des prix du Val-de-Grâce; par M. *Casimir Broussais*,

médecin ordinaire de 1re classe, professeur de physiologie médicale et d'anatomie pathologique, t. LIII, p. 323.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Discours prononcé à la distribution des prix du Val-de-Grâce, à la suite du concours de 1843, par M. *Baudens*, chirurgien en chef, premier professeur, t. LV, p. 324.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Discours prononcé à la même séance, par M. *Martineau des Chenez*, conseiller d'état, secrétaire général du ministère de la guerre, *ib.*, p. 382.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Discours prononcé au Val-de-Grâce à la séance de la distribution des médailles, à la suite du concours de 1844, par M. *Alquié*, médecin en chef et premier professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. LVII, p. 341.

La tâche du médecin est immense; il faut qu'il travaille sans relâche. Les doctrines médicales ont une grande importance. Les hommes qui à toutes les époques ont dominé l'opinion, ont été redevables de l'éclat de leur nom aux doctrines auxquelles ils se rattachaient. Le Val-de-Grâce a été le berceau d'une doctrine qui a plus remué la science qu'aucun des systèmes qui l'avaient précédée. La doctrine physiologique offre encore la meilleure méthode. Il faut l'étudier dans le livre admirable des *phlegmasies chroniques*. La chimie et la méthode numérique ne pourront jamais conduire à une doctrine médicale.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Discours de M. *Evrard de Saint-Jean*, intendant militaire, directeur de l'administration de la guerre, prononcé au Val-de-Grâce à la distribution solennelle des médailles, à la suite du concours de 1844, t. LVII, p. 368.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Discours prononcé à la distribution des médailles, au Val-de-Grâce, le 25 octobre 1845, par M. *Lustreman*, professeur de médecine opératoire, t. LIX, p. 353.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Dis-

cours prononcé à la même séance, par M. *Evrard de Saint-Jean,* directeur de l'administration de la guerre, *ib.* p. 395.

HOPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. — Résultats des concours.— Liste des candidats nommés les premiers dans les concours qui viennent d'avoir lieu à l'hôpital militaire de perfectionnement (1837), t. XLIII, p. 412.—Liste par ordre de mérite des candidats aux emplois de chirurgiens-élèves qui ont pris part aux concours ouverts dans les hôpitaux militaires de Paris, Metz, Strasbourg, Lille, Lyon et Toulouse (1837), t. XLIII, p. 412.—Liste des candidats nommés les premiers dans les concours qui viennent d'avoir lieu à l'hôpital militaire de perfectionnement (1838), t. XLIV, p. 408.— Liste des candidats nommés les premiers dans les concours de l'hôpital militaire de perfectionnement, pour les grades de chirurgien et de pharmacien aides-majors (1839) t. XLVI, p. 393) — Liste des candidats nommés les premiers dans les concours qui viennent d'avoir lieu (septembre 1839. à l'hôpital de perfectionnement, pour les grades de chirurgien et de pharmacien aides-majors, t. XLVII, p. 397·— Liste des candidats nommés les premiers dans les concours qui viennent d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement pour les grades de chirurgien et de pharmacien aides-majors (juin 1840) t. XLVIII, p. 389.— Liste nominative des chirurgiens sous-aides reconnus aptes au grade de chirurgien et de pharmacien aide-major, par suite des épreuves subies par eux aux concours ouverts le 28 août et le 7 septembre 1840, à l'hôpital de perfectionnement, t. XLIX, p. 379. — Liste des candidats nommés les premiers dans les concours qui viennent d'avoir lieu (avril 1841) à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. L, p. 384. — Liste des candidats nommés les premiers dans les concours qui viennent d'avoir lieu (octobre 1841) à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. LI, p. 315. — Liste des candidats nommés les premiers dans les concours qui viennent d'avoir lieu (septembre 1842), à l'hôpital de perfectionnement, t. LIII, p. 346.

—Liste des lauréats dont les noms ont été proclamés à la suite du concours de 1843, t. LV, p. 387.—Liste de MM les chirurgiens sous-aides et élèves nommés les premiers au concours de 1844.

HUTIN (F), *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bone, ex-chirurgien en chef du corps d'expédition de Constantine* (1).— Compte rendu des affections chirurgicales de l'armée d'expédition de Constantine, au mois de novembre 1836 t. XLIV, p. 161.

HYDROCÈLE.— Observation d'hydrocèle ayant pour enveloppe un ancien sac herniaire resté en communication avec la cavité du péritoine; recueillie dans le service de M. *Murville*, chirurgien principal, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille; par M. *Fropo*, chirurgien sous-aide t. LIV, p. 309.

Un homme tombe sous un matelas qu'on lui jette d'un étage supérieur. Douleur vive dans le testicule qui augmente de volume. Six mois après, le corps du testicule est à l'état normal ; une tumeur formée par de la sérosité siège dans la tunique vaginale; en pressant fortement cette tumeur, on fait fuir la sérosité qui rentre dans l'abdomen; mais il reste quelque chose de mollasse. On ne peut admettre l'idée d'une hydrocèle congénitale, attendu que la tumeur ne date que de l'accident. M. Murville croit plutôt à une hernie scrotale dont le sac est resté dans le scrotum. Il se décide à ouvrir la tumeur. Un aide comprime l'anneau inguinal pour empêcher la rentrée du liquide. Le tissu mollasse dont il a été parlé, se présente après l'évacuation d'une grande quantité de sérosité. C'est sans doute une portion d'épiploon. On l'excise de même que la plus grande partie des parois du kyste séreux. Une mèche est indroduite dans le fond de la plaie jusque dans l'anneau. La cicatrisation de la plaie et la guérison radicale ont lieu, après quelques accidents inflammatoires de médiocre intensité.

HYDROCÈLES. — Cas d'hydrocèles ayant présenté des particularités remarquables, et traitées par des méthodes différentes.

---

(1) Actuellemeat chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides.

I. *Emploi de la teinture d'iode en injection, dans un cas d'hydrocèle compliquée d'engorgement et de déformation, du testicule, et sur cinq sujets atteints d'hydrocèle simple; par* M. GODARD, chirurgien-major, t. LIII, p. 201.

Le sujet de la première observation était affecté d'une hydrocèle du côté gauche ; la tumeur était plus grosse que le poing, et sensiblement molle ; le testicule avait doublé de volume, et présentait trois bosselures, outre qu'il était, dans le reste de sa surface, inégalement bosselé ; la tête et la queue de l'épididyme étaient indurées. Le cordon était sain , mais douloureux quand le malade se fatiguait ou marchait sans suspensoir. — *Traitement :* Ponction ; injection iodée au quart. Peu de douleur. Tuméfaction volumineuse et inflammatoire. On applique un cataplasme émollient. A la sortie du malade, un peu plus d'un mois après l'opération, le testicule avait notablement diminué ; ses bosselures avaient disparu ; il était plus souple, et l'épididyme était moins dur. Des cinq autres malades, qui ont été traités par l'injection iodée, un seul a éprouvé de la douleur au moment de l'opération.

II. *Observation d'hydrocèle opéré suivant le procédé de M. Larrey;* par M. MESTRE, ex-chirurgien aide-major, *ib.* p. 205.

Le sujet était atteint de blennorrhagie en même temps que d'hydrocèle. On attendit que la blennorrhagie eût disparu, mais elle se reproduisit aussitôt que l'hydrocèle eut été opérée. Le procédé consista à faire la ponction, à évacuer le liquide, et à laisser un bout de sonde en gomme élastique dans la tunique vaginale pendant vingt-quatre heures. Il y eut pendant deux jours des douleurs très vives dans le cordon et les lombes. Vingt-deux jours après l'opération, la guérison était parfaite.

III. *Observation d'hydrocèle. Deux récidives à la suite de l'opération par l'injection; teinture d'iode appliquée sur le scrotum. Guérison.* Par M. BRÉE, chirurgien principal d'armée, ex-chirurgien en chef de l'hôpital d'Oran, *ib.* p. 208.

Deux fois l'injection avait échoué. M. Brée fit imprégner matin et soir le scrotum avec une demi-cuillerée de teinture d'iode. L'épiderme se détacha comme une pelure d'oignon. Ce moyen

fut renouvelé trois ou quatre fois dans l'espace d'un mois, et la guérison s'en suivit.

IV. *Observation d'orchite syphilitique : traitements divers ; épaisissement de la tunique vaginale ayant fait croire à un engorgement du testicule ; incision de la tumeur; guérison ; par M.* LELOIRE, chirurgien aide major au 2e régiment de chasseurs à cheval, *ib.* p. 209.

Après avoir éprouvé différents accidents syphilitiques, locaux et constitutionnels, M. X., à la suite d'un refroidissement et de fatigue, fut pris de douleurs vives dans les testicules, qui se tuméfièrent, et devinrent bosselés. — Traitement antiphlogistique et mercuriel. — Les accidents inflammatoires tombèrent ; mais le volume resta le même ; les testicules étaient toujours bosselés et conservaient une extrême sensibilité. Il y eut une nouvelle recrudescence, et l'on eut recours, de nouveau, aux antiphlogistiques. Puis, la maladie resta stationnaire pendant plusieurs années, au bout desquelles les testicules offraient le volume de deux œufs de dinde, et étaient le siége de douleurs lancinantes qui se faisaient sentir de loin en loin. Le malade prit, en quatre mois, deux grammes de sublimé ; il lui fut appliqué un emplâtre de *Vigo cum mercurio*, puis deux vésicatoires sur le scrotum. Le testicule droit guérit complètement ; le gauche diminua seulement, et, au bout de quelques années, il avait repris le volume du poing. M. Bégin, après un traitement infructueux, par les pilules de ciguë et de calomel jusqu'à salivation, fit une incision comme pour l'opération du sarcocèle, dans l'intention d'enlever le testicule ; un flot de sérosité s'écoula ; la tunique vaginale avait subi une transformation presque cartilagineuse, et fut excisée en grande partie ; le testicule lui-même était sain ; la cicatrisation marcha rapidement, et fut achevée au bout d'un mois.

V. *Observation d'hydrocèle traité par l'incision; récidive. Incision nouvelle, mèche dans le kyste; guérison. Recueillie dans le service de M.* BÉGIN, *à l'hôpital militaire de Strasbourg, ib.* p. 217.

Un homme est opéré d'une hydrocèle par l'incision ; une tumeur se forme au-dessus des bourses, le long du cordon testiculaire. Cette tumeur est incisée, et une mèche est introduite dans le kyste. Quelques accidents inflammatoires se développent et s'apaisent ; un abcès se forme dans le scrotum ; on l'ouvre. Un mois après l'opération, le sujet sort guéri.

Le rédacteur du Recueil fait ressortir, dans ses *Réflexions* sur

ces faits, comme premier avantage des injections iodées, et malgré un fait exceptionnel signalé par M. Bégin, l'absence ou le peu d'intensité des douleurs au moment de l'opération, comparativement à l'injection vineuse. Ensuite, l'injection iodée est au moins aussi efficace que cette dernière : donc elle mérite la préférence. Il arrive quelquefois que les bourses, après l'injection, restent mollasses ; on est porté à croire, alors, qu'il va y avoir une récidive ; mais la résorption est encore possible : un vésicatoire sur les bourses peut y aider. On n'a pas besoin, avec le liquide iodé, de distendre la vaginale, qui, par suite, est moins sujette à s'érailler. M. Bégin fait de même depuis longtemps avec le vin. Le liquide iodé, d'après M. Velpeau, peut passer dans le tissu cellulaire sans le gangrener : c'est à démontrer. Quand on s'est servi de ce liquide, il faut employer beaucoup de force pour retirer la canule : ce qui indiquerait un mode d'action spécial de l'iode sur les tissus. On voit assez souvent, à la suite de l'injection iodée, un engorgement concomitant et ancien du testicule se dissiper. Le cas de M. Mestre n'est pas de nature à faire donner la préférence au procédé de Larrey. L'observation de M. Brée (guérison par la teinture d'iode en topique) est remarquable ; M. Pasquier père en a vu une semblable. M. Bégin cite deux cas d'épaississement de la tunique vaginale avec quelques circonstances curieuses. M. Pasquier père a vu, chez un militaire invalide, les deux membranes vaginales transformées en un véritable tissu ligneux. Dans la dernière observation, M. Bégin préféra l'incision à l'injection, parce que, quand la tumeur est située très haut, le liquide pourrait, à la faveur d'une éraillure du kyste, s'infiltrer dans le tissu collulaire du bassin. Lorsque l'hydrocèle est très volumineuse, M. Bégin conseille de vider la tumeur d'une certaine quantité de liquide quelques jours avant l'injection.

HYDROTHORAX. — Observation d'hydrothorax du côté droit, par M. *Lepelletier*, chirurgien aide-major au 4e régiment d'artillerie, t. XLVII, p. 168.

M. M***, officier, est atteint, en février 1834, de pleurésie aiguë, qui cède rapidement aux déplétions sanguines générales et locales, mais laisse après elle un épanchement dans la plèvre droite. Cette affection cède à son tour à l'application d'un séton et d'un vésicatoire, aidés de l'emploi du kermès, de la digitale et de la scille.

HYDROTHORAX. — Observation d'hydrothorax et d'opération de l'empyème, pratiquée avec succès; par M. *Guerre*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Maubeuge. t. LI, p. 209.

Pierre P***, soldat au 8e de dragons, entre à l'hôpital le 24 janvier 1840 pour une pleurite aiguë du côté gauche. Les saignées locales, opérées à l'aide des sangsues et des ventouses scarifiées, les exutoires et les diurétiques, ne purent empêcher la collection de faire des progrès. Le côté gauche de la poitrine, devenu plus ample, donnait de la matité jusqu'à la troisième côte supérieure. Les battements du cœur se faisaient sentir sous le mamelon du côté droit. La respiration était bruyante et puérile à droite, nulle à gauche, excepté sous les clavicules, et mêlée à du râle muqueux. L'anxiété était extrême; la respiration courte et gênée; le pouls petit, accéléré; le décubitus horizontal sur le dos ne pouvait être supporté.

Après dix mois de maladie, il se manifesta du côté gauche, près du cartilage de la sixième côte, une tumeur pâteuse, indolente, qui fut ouverte avec une lancette. Il sortit de cet abcès 1,175 grammes d'un liquide purulent, homogène, sans mélange de flocons. Bien que le jet fût toujours aussi abondant, on arrêta l'écoulement, afin d'éviter l'introduction de l'air. Pendant la journée, un suintement fournit au moins autant de liquide qu'il en était sorti précédemment; le malade respira plus librement, le pouls se releva et perdit de sa fréquence.

Pendant vingt à vingt-cinq jours, l'écoulement, très abondant d'abord, diminua graduellement, lorsque, tout-à-coup, se manifestèrent de la toux et des crachats purulents. La respiration, à droite, avait conservé les caractères indiqués plus haut; à gauche, au sommet du poumon, elle s'accompagnait de râle muqueux et de gargouillement. Le 18 mai, il survint une toux convulsive suivie de l'expectoration de près d'un demi-verre de pus, qui ne permit plus de douter que la suppuration ne se fût fait jour à travers le poumon. Pendant cinq à six jours, le pus expectoré fut très abondant.

Un nouvel abcès se manifesta du côté gauche, qui donnait toujours un son mat dans toute la partie inférieure. Il fut ouvert largement; au lieu d'un écoulement abondant de pus, il ne sortit qu'une cuillerée d'un liquide visqueux très épais, puis un courant d'air assez fort se fit sentir sur la main de l'opérateur. La plaie fut réunie et se cicatrisa en quelques jours.

Les crachats purulents diminuèrent; la toux devint presque nulle; les forces se rétablirent avec rapidité, et P***, qui fut réformé, demanda à sortir de l'hôpital le 22 juin. Il était dans l'état suivant: Teint pâle, respiration pure à droite, mais puérile; affaissement du côté gauche de la poitrine; son mat à partir de la troisième côte; absence complète d'égophonie. Les battements du cœur se faisaient entendre sous le côté droit du sternum; le malade se promenait pendant plusieurs heures sans éprouver de fatigue.

Cette observation intéressante, qui justifie si bien la pra-

tique de l'opération de l'empyème, lorsque les autres moyens ont échoué, aurait eu besoin d'être complétée par des renseignements ultérieurs.

HYGIÈNE. — Mémoire sur l'hygiène de l'homme de guerre dans le nord de l'Afrique; par M. *Rulh*, médecin adjoint, t. XLIX, p. 203.

Après quelques considérations sur la topographie médicale de la province de Constantine, l'auteur passe rapidement en revue les questions suivantes : nourriture, logement, travaux et habillement du soldat.

HYGIÈNE MILITAIRE. — Considérations hygiéniques sur quelques maladies, et particulièrement sur les stomatites, occasionnées par l'encombrement des troupes dans les bâtiments où elles sont casernées; par M. *A.-F. Malapert*, chirurgien-major, secrétaire du conseil de santé des armées, t. XLV, p. 280.

Ce travail se trouve résumé dans le passage suivant qui le termine et qui en donne une idée suffisante : « La détérioration de l'air respirable, occasionnée par l'encombrement des hommes, donne naissance à un grand nombre de maladies. Cette même cause, par sa continuité d'action sur des sujets très jeunes, peut produire la diathète scrofuleuse.

« En attendant que l'on ait effectué complètement l'agrandissement des casernes, c'est à un système convenable de ventilation qu'il faut avoir recours pour maintenir les troupes en bon état de santé.

« Ce moyen de ventilation est à trouver; il doit avoir pour conditions essentielles de suffire, par le renouvellement de l'air, à la consommation qui s'en effectue; de débarrasser les chambres du calorique en excès et de l'humidité surabondante qu'elles contiennent en été; d'obvier surtout, par la direction bien calculée de la ventilation, au refroidissement subit qui devient toujours une cause de perturbations vitales. Il serait bon qu'à l'aide d'un obturateur, on pût graduer à volonté la quantité d'air introduit, afin de la proportionner aux besoins actuels dérivant du nombre de personnes, et aux variations de la température extérieure.

« Cette ventilation continue et graduelle aurait, en outre, l'avantage de diminuer l'impressionnabilité qui existe chez les soldats vivant dans des pièces calfeutrées, et de les préparer à la vie en plein air des camps et des bivouacs.

« Les stomatites sont le plus souvent occasionnées par la respiration d'un air vicié dans ses élements constitutifs, et par les excrétions animales, si rapidement putrescibles, dont il s'imprègne

dans les lieux fermés, contenant un grand nombre d'hommes. La première condition à remplir, pour guérir ces affections, est de placer les malades dans une atmosphère pure et tempérée.

« La stomatite et le scorbut sont contagieux par infection miasmatique. »

HYPERÉMIE du foie, t. LVIII, p. 3 (*Voyez* Maladies du foie).

I

IDT, *pharmacien aide-major* (1). — Rapport sur les bassins à sangsues de l'hôpital militaire de Tlemcen. (Ce travail a servi de document à l'instruction sur la formation des viviers artificiels à sangsues, t. LVII, p. 282).

INAUGURATION. — Compte-rendu de l'inauguration de la statue de F.-J.-V. Broussais, t. LI, p. 316.

— Discours prononcé par M. *H. Passy*, président de l'académie des sciences morales et politiques, *ib.* p. 324.

— Discours prononcé par M. *Pariset*, secrétaire perpétuel de l'académie de médecine, *ib.* p. 326.

— Discours prononcé par M. *Bouillaud*, professeur de la faculté de médecine de Paris, *ib.* p, 336.

— Discours prononcé par M. *Bégin*, chirurgien principal d'armée, chirurgien en chef premier professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce *ib.* p. 361.

— Discours prononcé par M. *Fossati*, président de la société phrénologique de Paris, *ib.* p. 386.

INTESTIN. — Expulsion d'une portion d'intestin, t. XLVII, p. 40. (*Voyez* Volvulus).

---

(1) Maintenant à l'hôpital militaire de Lyon.

IODE.— Note sur l'action de l'iode sur le chlorate de potasse; par M. *E. Millon*, pharmacien aide-major, professeur de chimie à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. L, p. 300.

M. Gay-Lussac avait remarqué que le chlore se décomposait par les iodates. Ce fait pouvait paraître inattendu au moment où l'on découvrait les analogies qui rattachent l'iode au chlore, et où l'on voyait le chlore se substituer à l'iode, en proportion d'équivalent; dans toute la série de leurs combinaisons.

L'auteur, réfléchissant à l'affinité comparative de ces deux corps et à la manière complexe dont elle s'exerce dans les composés de la nature des chlorates et des iodates, a conçu l'espérance d'arriver à un remplacement inverse de celui qui s'observe entre le chlore et l'iode, en faisant réagir l'iode sur le chlorate de potasse. Les faits ont répondu à son attente d'une manière décisive. — Procédé au moyen duquel on obtient l'iodate neutre de potasse, le chlorure d'iode plus ou moins ioduré, et l'iodate de potasse pur.—Formation du chlorure d'iode; théorie de la réaction.

IVRESSE. — Mémoire sur l'ivresse, considérée sous le double rapport de la médecine et de la discipline militaire; par M. *Gasté*, médecin en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Metz, t. LIV, p. 209.

Considérations générales sur l'intérêt du sujet. Silence des auteurs sur la pneumonie consécutive à l'ivresse.

PREMIÈRE ET DEUXIÈME OBSERVATIONS. — Apoplexie par ivresse, *ib*. p. 212.

Deux observations tendant à démontrer la nécessité de prompts secours dans l'ivresse avec apoplexie pour prévenir la pneumonie.

TROISIÈME OBSERVATION. — Asphyxie par ivresse; mort; *ib*. p. 214.

Cette observation est relative à un cas d'ivresse suivie de mort, faute de soins.

QUATRIÈME OBSERVATION.—Asphyxie par ivresse, suivie de broncho-pneumonite double; mort; *ib*. p. 215.

La quatrième observation résume un cas d'ivresse suivie de pneumonie mortelle.

CINQUIÈME OBSERVATION. — Broncho-pneumonite consécutive à une asphyxie par ivresse; mort; *ib*. p. 220.

Nécessité de considérer comme malade l'homme en état d'ivresse, de le soigner et de le surveiller immédiatement au lieu de l'envoyer à la salle de police, sauf à le punir lorsque l'ivresse sera dissipée. L'ivresse fait tous les ans de nombrenses victimes. Avec des soins administrés à temps, on en diminuerait le nombre.

J

JACOB (Claude), *ancien pharmacien en chef d'armée; ancien premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.*— Notice nécrologique sur lui, t. L, p. 385.

JACOB (P.-I.) *ancien pharmacien-major des armées.* — Discours prononcé le 26 janvier 1840, aux obsèques de M. J.-A.-B. Lodibert, ancien pharmacien en chef d'armée, t. XLVIII, p. 391.

JEANNEL, *pharmacien aide-major* (1).— Extrait du rapport adressé à MM. les officiers de santé en chef de l'armée d'Afrique, sur les fabriques de gélatine et de viande fumée, improvisées à Medeah, dans le courant de juillet 1840, t. LI, p. 263.

JOURDAIN, *médecin principal* (2).— Traitement de la dysenterie d'Oran (extrait des observations annexées au mouvement médical de l'hôpital d'Oran, pour le dernier trimestre de 1841), t. LII, p. 292.— Observation d'hépatite chronique ; abcès multipes du foie ; t. LV, p. 118.

JUDAS, *médecin ordinaire, secrétaire du conseil de santé.*— Note sur l'irritation que les poils peuvent produire lorsqu'ils agissent comme corps étrangers, t. LVII, p. 105.

JULIENNE, *chirurgien-major* (3).— Observations de périostose; I. t. LVIII, p. 233.—II, *ib.* p. 236.

---

(1) En ce moment à l'hôpital militaire de Bayonne.
(2) Décédé.
(3) Actuellement au 30e de ligne.

K

KYSTE SYNOVIAL. — Extraction d'un kyste synovial; par M. *Pommier*, chirurgien-major au 6e régiment de dragons, t. LVII, p. 248.

Les moyens employés pour obtenir la guérison des kystes synoviaux sont loin de présenter tous les mêmes chances de succès. La compression échoue le plus souvent. On réussit mieux par la brusque rupture de la tumeur; mais il peut arriver que les parois du kyste soient denses et résistent. Alors on pratique la ponction latérale, qui peut échouer aussi, parce qu'après l'ouverture de la poche, l'inflammation adhésive manque de se produire, malgré la compression. L'incision est généralement rejetée comme infidèle. Reste l'extirpation, opération sérieuse, mais indiquée dans certains cas.— Un jeune soldat portait sur les tendons extenseurs du doigt indicateur un ganglion volumineux. Divers moyens avaient été employés. La ponction du kyste suivie de la compression méthodique fut pratiquée par l'auteur. Quinze jours après, la tumeur avait repris son volume, et le chirurgien se décida à l'extirper. La plaie suppura sans accidents, et se cicatrisa parfaitement dans l'espace de vingt-deux jours. Le Rédacteur du *Recueil* rappelle, en note, le procédé de M. Barthélemy, décrit dans le même volume (LVII) et qui consiste dans la *division sous-cutanée* du kyste.

L

LACGER, *chirurgien-major* (1). — De la maladie appelée *sellema* et *beqla* par les indigènes de l'Algérie, t. LX, p. 222.— Note sur les moyens employés par les indigènes de l'Algérie pour transporter les malades, et particulièrement les blessés, t. LX, p. 233. — Cas de rage chez un cheval, *ib.* p. 236.

LALANNE, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne* (2).— Observation de nécrose; t. LVIII, p. 248.

LANGLOIS, *pharmacien-major* (3), *professeur à l'hopi-*

(1) Aux ambulances de l'Algérie.

(2) Admis à la retraite.

(3) Actuellement pharmacien principal, premier professeur à l'hôpital militaire de Metz.

tal militaire d'instruction de Strasbourg.—Remarques sur la formation et la composition de l'oxychlorure d'antimoine cristallisé, t. XLV, p. 368.— Note sur la préparation du sulfate de quinine et observation sur la non-existence des carbonates de quinine et de cinchonine, *ib.* p. 372.— Note sur l'acide hyposulfureux libre, t. XLVIII. p. 366.—Mémoire sur l'action du gaz ammoniac sur les charbons ardents; formation du cyanhydrate d'ammoniaque et dégagement du gaz hydrogène, t. L, p. 315.— Note sur un nouvel oxacide du soufre, t. LII p. 317.— Examen chimique d'une matière sucrée, recueillie sur les feuilles du tilleul, t. LIII, p. 316.— Examen chimique de la sève de quelques végétaux, t. LV, p. 295.—Note sur l'action de l'acide sulfureux sur les monosulfures alcalins, t. LVIII, p. 356.

LARREY (le baron) *membre du conseil de santé* (1). —Note sur l'appareil inamovible, t. XLV, p. 1. — Note sur le mémoire de M. Gama, intitulé : de quelques maladies des parties génitales de l'homme et de leurs dépendances, *ib.* p. 138.— Discours prononcé au nom des membres du conseil de santé des armées, aux obsèques de M. F.-J.-V. Broussais, *ib.* p. 388.— Note additionnelle à l'observation d'épanchement pleurétique et d'opération de l'empyème de M. le docteur Faure, t. XLVII p. 165.

LARREY (Hippolyte) *chirurgien aide-major au Val-de-Grâce*(2).—Observation de taille bilatérale; enchâtonnement de la pierre; opération en deux temps, t. XLIX, p. 312.— Observation d'extraction d'un corps étranger de l'articulation du genou, *ib.* p. 342. —Discours prononcé le 13 avril 1841, à la distribution des prix du Val-de-Grâce, t. L, p. 349.

LARYNGITE. —Observations de laryngite sous-mu-

(1) Décédé en 1842.

(2) En ce moment chirurgien principal, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

queuse ulcéreuse et œdémateuse; par M. *Barthez*, médecin à l'hôpital militaire de Rennes, t. XLIX, p. 130.

PREMIÈRE OBSERVATION. — Fièvre typhoïde adynamique.— Laryngite sous-muqueuse de la région sous-glottique. — Laryngo-trachéotomie. — Gangrène du poumon droit.— Mort, 23 jours après l'opération.

DEUXIÈME OBSERVATION. — Fièvre typhoïde adynamique.— Laryngite sous-muqueuse de la région sous épiglottique du larynx.— Mort, *ib.* p. 141.

TROISIÈME OBSERVATION. — Phthisie laryngée, ou laryngite ulcéreuse.—Mort par suffocation, *ib.* p. 147.

QUATRIÈME OBSERVATION. — Angine laryngée œdémateuse.— Guérison, t. XLIX, p. 150.

LARYNGITE STRIDULEUSE.—Observation de laryngite striduleuse. Bronchotomie. Mort du sujet; par M. *A. Antoine*, chirurgien-major au 11e régiment de chasseurs, t. LI, p. 251.

LASSERRE, *chirurgien-major au* 9e *de ligne* (1).—Note sur un appareil normaloïde propre au traitement des fractures de la jambe, et susceptible d'une application générale (conjointement avec M. Fremanger) t. LV, p. 251.

LATOUR (Constantin), *chirurgien aide-major au* 23e *d'infanterie légère* (2).— Mémoire et observations sur les corps étrangers introduits ou développés dans le conduit auditif externe, t. LX, p. 238.

LAVERAN, *médecin adjoint à l'hôpital militaire d'instruction de Metz* (3). — Documents pour servir à l'histoire des maladies du nord de l'Afrique, t. LII,

---

(1) Aujourd'hui chirurgien principal, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Perpignan.

(2) Actuellement au 6e bataillon de chasseurs à pied.

(3) En ce moment médecin principal, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz.

p. 1. — Observation d'abcès sous-aponévrotique de la fosse iliaque droite, ouvert dans le péritoine, t. LIV, p. 353. — Note sur les abcès pulmonaires aigus, t. LVII, p. 88.

LÉGISLATION SANITAIRE. — Coup d'œil sur notre législation et nos institutions sanitaires, et sur les modifications dont elles sont susceptibles, spécialement dans l'intérêt de l'armée et de nos rapports avec l'Algérie ; par M. *Boudin* (*J.-Ch.*), médecin adjoint attaché au lazaret de Marseille; t. XLVII, p. 239. (1)

L'auteur, après avoir passé rapidement en revue les vices de la législation sanitaire et les abus du système des quarantaines, formule les propositions générales suivantes :

1° Les quarantaines imposées aux provenances de l'Algérie doivent être supprimées (2) comme inutiles, et, pour ménager la transition, il y a lieu de déduire immédiatement de la durée totale de la quarantaine les jours de traversée, et d'autoriser les navires à recevoir un garde sanitaire à bord, dès leur sortie d'un port de l'Algérie ;

2° Il faut procéder sans délai à la suppression des formalités réglementaires qui, sans présenter aucun avantage pour la santé publique, ont l'inconvénient d'augmenter les frais de quarantaine ;

3° Le réglement du lazaret de Marseille a besoin de subir de notables modifications.

LÉONARD, *médecin ordinaire à l'hôpital militaire de Toulon* (3). — Observation de méningite épidémique. Suppuration en quinze heures. (Extrait d'un rapport) t. LIV, p. 89. — Recherches sur l'état du sang dans les maladies endémiques de l'Algérie (conjointement avec M. le docteur Folëy) t. LX, p. 135.

LEPELLETIER, *chirurgien aide-major au 4e régiment d'artillerie* (4). — Observation d'hydrothorax du poumon droit, t. XLVII, p. 168.

---

(1) Ce mémoire, publié en 1839, dans le *Recueil des mémoires de méd. milit.*, avait été adressé au conseil de santé en 1833.

(2) La suppression des quarantaines imposées aux provenances de l'Algérie a eu lieu en 1841.

(3) Aujourd'hui médecin principal, médecin en chef de l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

(4) Tué en Afrique, chirurgien-major du 19e léger.

LÉSIONS CHIRURGICALES DES MEMBRES. — Observations relatives à l'emploi de l'eau froide dans les lésions chirurgicales des membres; par M. *Bonnet-Bonnefoy*, chirurgien aide-major au 6e régiment de lanciers, t. XLII, p. 348.

Pour que les applications réfrigérantes réussissent, il faut les employer avec beaucoup d'insistance. Elles préviennent alors, font avorter les accidents inflammatoires, ou les atténuent et en abrègent la durée. L'auteur a vu presque toutes ses tentatives couronnées de succès. Entre autres faits, il cite les suivants : *Première observation.* Un vétérinaire se blessa légèrement au doigt annulaire de la main droite en opérant un cheval farcineux ; la main, le bras jusqu'à l'aisselle devinrent très-douloureux ; la rougeur, bornée pendant plusieurs jours au lieu de la blessure, s'étendit ; les douleurs devinrent atroces. On appliqua des émollients, qui n'empêchèrent pas les progrès de l'inflammation. Les réfrigérants furent employés alors, sous forme de bain dont l'eau était fréquemment renouvelée. Le cinquième jour, l'inflammation avait entièrement disparu. — *Deuxième observation.* Un lancier eut l'indicateur traversé en avant de la première phalange, par une baguette de pistolet qui partit pendant que ce militaire chargeait son arme. Immersion immédiate dans l'eau d'une fontaine. La réfrigération est continuée ; on change l'eau du bain toutes les heures, et le blessé souffre peu ; mais, le soir, on oublie de changer l'eau, et la douleur reparaît. On applique un cataplasme : douleurs très-vives ; agitation. On recommence la réfrigération dans de bonnes conditions, et, le sixième jour, tous les symptômes inflammatoires avaient disparu. Sortie du malade le douzième jour. — *Troisième observation.* Coup de sabre à l'avant-bras jusqu'à l'os. Réunion par première intention à l'aide de bandelelettes imbriquées. Compresses et éponges imbibées d'eau froide. Cicatrisation complète le cinquième jour, à la levée du premier appareil. C'est à peine si le blessé avait souffert. — *Quatrième observation.* Elle offre la plus grande analogie, quant à la lésion et au traitement, avec la deuxième. Diminution de la douleur dès l'application du froid ; absence de gonflement et de suppuration ; guérison beaucoup plus prompte que par toute autre méthode : voilà ce que ces faits mettent en relief.

LETELLIER (Félix), *chirurgien aide-major au 6e de ligne* (1). — Observation d'apoplexie et d'asphyxie

---

(1) En réforme.

causées par la présence dans l'estomac d'une grande quantité d'aliments; mort très-prompte du sujet. Adhérence du péricarde à la paroi antérieure de la poitrine, t. XLVII, p. 187.

LÉVY (Michel) *professeur au Val-de-Grâce* (1). Eloge de Broussais, prononcé le 8 avril 1839, à la distribution solennelle des prix de l'hôpital militaire de perfectionnement, t. XLVI, p. 363.

LIARD, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital du Val-de-Grâce* (2).—Observation de nécrose du tibia, suivie d'infection purulente et de mort; recueillie dans le service de *M. Bégin*, chirurgien en chef, premier professeur, t. LVI, p. 185.

LODIBERT (Jean-Antoine-Bonaventure.)Discours prononcé à ses obsèques, le 26 janvier 1840, par M. le docteur *P.-I. Jacob*, ancien pharmacien-major des armées, t. XLVIII, p. 391.

LUSTREMAN, *professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg* (3)—Observation de méningite épidémique. Suppuration en 36 heures, t. LIV, p. 97. —Discours prononcé au Val-de-Grâce, à la distribution des médailles, le 25 octobre 1845, t. LIX, p.352.

LUXATION.— Observation de luxation complète de la jambe en avant sur la cuisse; par M. *Fayet*, chirurgien principal d'armée et chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, t. XLIII, p. 346.

Un officier supérieur était à cheval, les pieds dans les étriers et les genoux tendus, il éprouva dans le genou droit, le cheval s'étant abattu, une douleur intolérable qui lui fit perdre connaissance. Le

---

(1) Actuellement médecin principal, premier professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement.

(2) En ce moment chirurgien aide-major au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

(3) Aujourd'hui chirurgien-major et professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

visage était pâle et grippé, la voix éteinte, le pouls à peine perceptible, la peau couverte d'une sueur froide. Le membre inférieur droit était entièrement froid et comme marbré, raccourci de plus de quatre pouces; le pied était un peu allongé, la pointe tournée en dedans. Le genou, extrêmement déformé, présentait : 1° une énorme saillie en avant et en haut, formée par l'extrémité supérieure des os de la jambe ; 2° à un pouce et demi environ plus haut, la rotule un peu tournée de champ et placée au côté externe de la cuisse; 3° sur les côtés, deux tumeurs sanguines plus grosses que le poing et comme emphysémateuses; 4° en arrière et en bas, une forte proéminence formée par l'extrémité inférieure du fémur; 5° en dessous et en arrière des condyles plusieurs inégalités et tumeurs simulant des dilatations variqueuses. La réduction fut pratiquée de la manière suivante : deux grandes serviettes pliées sur deux de leurs angles, furent passées, l'une à la partie interne et supérieure de la cuisse, les deux chefs ramenés vers la partie antérieure et un peu externe du bassin et confiés à un aide secondé par deux hommes vigoureux ; l'autre, à la partie inférieure de la jambe et autour du coude-pied, ses deux chefs confiés à un aide. Le chirurgien placé du côté du membre luxé, appliqua les quatre doigts de la main gauche sur la saillie formée par l'extrémité supérieure des os de la jambe, le pouce sur la rotule, et, portant en même temps sa main droite au-dessus de l'extrémité inférieure du fémur, il fit exécuter l'extension et la contre-extension. Après quelques tractions graduées, le membre s'allongea, un bruit de glissement se fit entendre et la réduction fut opérée. — Soulagement immédiat. — Eau fraîche légèrement chlorurée sur le membre, qui fut placé sur un plan incliné, à demi fléchi — Le soir, une saignée, qui fut renouvelée le lendemain; diète. — Le soir du troisième jour et le lendemain, nouvelle saignée. Malgré ces énergiques moyens, une violente inflammation se développa, et fut combattue par les applications de sangsues en grand nombre, répétées de manière à obtenir un écoulement continu du sang (frictions huileuses ; cataplasmes émollients). Le chirurgien tira un parti très-avantageux d'une transpiration abondante qu'il sut provoquer sur tout le membre à l'aide d'un taffetas gommé plié en double. Le trentième jour après l'accident, le blessé commençait à appuyer le pied par terre. L'usage des eaux de Cauterets a achevé la guérison.

LUXATION. — Observations de luxation de l'articulation scapulo- humérale du côté gauche, t. LI, p. 215 (*Voyez* chirurgie).

LUXATION. — Observations de luxation incomplète en avant du pied sur l'astragale, t. LVI, p. 219. (*Voyez* Clinique chirurgicale de Versailles).

LUXATIONS.—Nouveau mode de réduction des luxations de l'humérus et de celles du fémur en bas, sans le secours de l'extension ni de la contre-extension ; par M. le Docteur A.-F. *Malapert*, chirurgien-major au 12e régiment de chasseurs, t. XLIV, p. 304.

Un cavalier fut atteint d'une luxation en avant de l'humérus gauche. M. Malapert le laissa debout devant lui, et fourrant son poing gauche sous l'aisselle, il saisit de la main droite le coude qu'il ramena en avant en le rapprochant du corps et le poussant légèrement en haut. Ce militaire avait eu déjà deux fois le même bras luxé, et cette dernière fois le déplacement s'était opéré par suite d'un mouvement brusque du bras en arrière. Cela donne à penser à l'auteur que, lorsqu'un os long est luxé à son extrémité orbiculaire, principalement en avant, en arrière ou en bas, on peut le remettre en place en le constituant levier du premier genre. Une occasion de vérifier cette idée se présenta trois ans plus tard. Un chasseur fut renversé par une ruade que lui lança un cheval, et se fit en tombant une luxation en bas et en avant du fémur gauche. Dix-huit mois auparavant, il avait éprouvé un semblable déboitement par suite d'une chute de cheval. Sans établir d'extension ni de contre-extension, le malade étendu sur un lit bas et étroit, et couché sur le côté sain, le chirurgien, placé devant lui, posa son avant-bras gauche au tiers supérieur de la face interne de la cuisse, saisit de la main droite le genou qu'il abaissa et porta en dedans, en même temps qu'il poussa tout le fémur en haut et qu'il s'efforça, avec son poing et son avant-bras gauche, de former un point d'appui solide, mais qui, cependant, concourait à rapprocher le fémur de la cavité cotyloïde. La luxation fut réduite en un instant. Le blessé voulut se lever et marcher, la luxation se reproduisit, et fut réduite par le même procédé. La circonstance d'une luxation antérieure ne permit pas à l'auteur, encore cette fois, d'avoir une entière confiance dans la méthode indiquée, et il aurait attendu de nouveaux faits s'il n'avait eu connaissance par un journal du procédé de M. Gérard, qui a quelque analogie avec le sien, mais qui en diffère en ce que ce dernier chirurgien fait établir une contre-extension, qu'il emploie bien plus de force, qu'il se sert du flanc pour rapprocher l'humérus du corps, et ne tend pas, comme M. Malapert, en agissant seulement sur l'extrémité cubitale, à faire décrire un arc de cercle à la tête de l'humérus. Le procédé de M. Malapert évite beaucoup de douleur au malade, ainsi que la frayeur que lui causent les préparatifs de la réduction ordinaire. Il est fondé sur ce principe que, souvent une force minime bien appliquée est plus efficace qu'une force considérable. L'extension et la contre-extension ont pour premier effet de roïdir les muscles, ce qui n'a pas lieu dans le

procédé dont il s'agit ; lequel est en outre très-simple et n'exige pas le secours des aides. L'auteur se demande si, dans le cas de résistances musculaires énergiques, on ne pourrait pas faire une application d'extrait de belladone.

M

MAGAIL, *médecin ordinaire à l'hôpital du Dey, ex médecin en chef de l'hôpital militaire de Douéra.* — Rapport sur quelques cas de méningite cérébro-spinale qui se sont déclarés à Douéra en 1845, t. LIX, p. 115.

MAILLOT, *ancien médecin en chef de l'hôpital de Bone, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz*, (1). — Réclamation relative à un passage du Mémoire de M. Gassaud, inséré dans le 48e volume de ce Recueil, t. XLIX, p. 96.

MAIS. — Nouvelles recherches sur le maïs, faites en Afrique en 1838 ; par M. *Em. Pallas*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer, t. LII, p. 350.

Indépendamment du grain et d'une substance textile propre à la fabrication du papier, le maïs contient une quantité notable de matière sucrée, pouvant être convertie en sucre cristallisable et en alcool. La tige du maïs blanc contient plus de sucre que celle des plus grandes espèces. La tige dont on a détaché le fruit contient plns de sucre que celle qui a crû avec le grain. — Transformation de la dextrine en glucose ou sucre de raisin, et en sucre de canne. — Description des différents tissus élémentaires dont le maïs est formé. Le cotylédon de maïs est presque entièrement composé d'amidon.

MAIS. — De l'influence des feuilles sur la fécondation du maïs, t. LV, p. 310 (*Voyez* feuilles).

MAIS. — Note additionnelle au mémoire sur l'influence des feuilles sur la fécondation du mais, t. LVI, p. 345 (*Voyez* feuilles).

---

(1) Actuellement médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille.

MALADIES. — Rapport sur les maladies observées à Alger en 1838, à l'hôpital militaire du Dey; par MM. *Monard*, frères, médecins ordinaires, t. XLVII, p. 193.

Les auteurs passent en revue la constitution médicale de 1838, et consacrent une série de chapitres aux questions suivantes : modification organique, phénomènes asthéniques, nature médicatrice, phénomènes sthéniques, intermittence, types, phlegmasies chroniques, caractères pernicieux, traitement, mortalité. Le mémoire se termine par un tableau synoptique, résumant, par genres de maladies, le mouvement des malades fiévreux traités en 1838 à l'hôpital militaire du Dey.

MALADIES. — Compte-rendu des maladies traitées à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, pendant le dernier trimestre de 1842 ; par M. *Cazeneuve*, médecin ordinaire de deuxième classe, professeur audit hôpital, t. LV, p. 156.

Dans le cours du dernier trimestre 1842, 283 fièvres ont été traitées. Classification. Phlegmasies. Dyssenteries. Causes obscures. Traitement par la saignée, par l'opium. — Entérite folliculeuse. — Péritonite. — Phlegmasies pulmonaires. — Pleurésie. — Rhumatisme articulaire. — Fièvres intermittentes. — Variole.

MALADIES CHIRURGICALES. — Considérations pratiques sur diverses maladies chirurgicales de l'anus et sur les ganglions synoviaux ; par M. *Barthélemy* (de Saumur), chirurgien aide-major de la garde municipale, t. LVII, p. 118.

L'auteur s'est occupé spécialement de la pathologie du rectum et de l'anus, sur laquelle il dispose les matériaux d'une monographie complète. En attendant, il a voulu exposer ses opinions sur quelques points de thérapeutique des maladies anales.

Spéculum de l'anus. En 1829, ayant à traiter un malade atteint d'une fissure située très haut entre les sphincters, M. Barthélemy imagina un spéculum, qu'il a modifié depuis, et qui a la forme d'un éteignoir à sommet émoussé et poli, présentant une fente qui occupe les deux tiers de sa hauteur, et à sa base une queue recourbée pour le diriger. Ce spéculum permet d'explorer sans douleur toute la partie intra-sphinctérienne du rectum, mais il est insuffisant lorsqu'il s'agit de lésions situées au - dessus du sphincter. Dans un cas de ce dernier genre, l'auteur se servit d'un *speculum uteri*, qu'il modifia de manière à en faire un cône à sommet mousse, allongé, un peu aplati, formé de deux valves, ne

s'ouvrant que d'un côté. Cet instrument permet de voir la surface du rectum jusqu'à 80 ou 100 millimètres de hauteur.

Fistules stercorales. C'est grâce à ce dernier spéculum que, dans le cas précité, l'auteur peut découvrir une longue surface ulcéreuse avec décollement de la muqueuse à la partie supérieure. La muqueuse fut excisée, et la surface ulcérée touchée à diverses reprises avec le caustique de Vienne. La guérison s'ensuivit. M. Barthélemy prend occasion de ce fait pour rappeler le conseil de bien s'assurer, dans l'opération de la fistule à l'anus, que rien ne s'oppose à l'entrée franche et nette du doigt dans le rectum par la plaie. S'il existe un décollement, il faut exciser les tissus décollés, à moins que la crainte de l'hémorrhagie ne fasse préférer la compression à l'aide d'une mèche.

Fissures. M. Trousseau préconise les injections de ratanhia ; d'autres vantent la pommade de monœsia, etc. Mais les fissures varient et suivant la cause, et suivant le siége. Celles qui ont le caractère syphilitique guérissent par l'effet du traitement général spécifique, et par des pansements avec le cérat opiacé d'abord, avec le cérat mercuriel belladonisé ou le calomel en poudre ensuite. Quant au siége, les fissures superficielles guérissent très-bien par les lavements de ratanhia, de monœsia, etc. Mais si la lésion est profonde, ces moyens échouent ; il faut recourir à la cautérisation forte et répétée, ou mieux à l'incision. Pour la cautérisation, la pâte de Vienne solidifiée serait préférable au nitrate d'argent, celui-ci agissant trop superficiellement. Dans l'incision, Boyer conseillait de couper complètement les sphincters ; c'était une erreur dépendant de ce que Boyer attribuait la fissure au spasme de ces muscles, tandis que, au contraire, le spasme n'est qu'un effet de la fissure. Il suffit de donner à l'incision une profondeur de 4 millim. environ. M. Blandin a appliqué la section sous-cutanée du sphincter anal au traitement de la fissure, et a obtenu ainsi plusieurs guérisons ; toutefois, il n'a pas réussi dans un cas à la connaissance de l'auteur. M. Jobert saisit la partie *fissurée* avec de petites pinces à dents, et l'excise à l'aide de ciseaux courbes sur le plat ; mais ce n'est point là un procédé *simple* et *peu douloureux*, comme on le prétend ; et, en résumé, M. Barthélemy s'en tient à l'incision superficielle.

Tumeurs hémorrhoïdales. Jusqu'à ces derniers temps, on les attaquait par la ligature ou par l'excision, suivant qu'elles étaient pédiculées ou à large base. Aujourd'hui, les opérateurs les plus hardis reculent dans la crainte de l'hémorrhagie ou de la phlébite, et la plupart emploient la cautérisation potentielle. Le cautère actuel est bien préférable : en quelques secondes il détruit les tumeurs et il laisse une cicatrice solide, adhérente, qui prévient le retour du mal, autant que possible. Un jeune homme portait quatre tumeurs hémorrhoïdales, dont trois du volume d'un œuf de pigeon, et la quatrième de la grosseur d'une noisette ; celle-ci

suspendue à un pédicule. Ces tumeurs sortaient de l'anus à chaque garde-robe, et leur réduction était très-pénible. M. Barthélemy commença par exciser d'un coup de ciseaux la tumeur pédiculée, non sans avoir pris le soin d'étreindre le pédicule à sa partie supérieure au moyen d'un fil de soie. Dans un cas où l'excision avait été faite sans cette précaution, il avait vu se produire, sur un jeune garçon, une hémorrhagie très-grave, dont on avait eu grand'peine à se rendre maître. L'auteur cite en note un autre fait dans lequel, comme dans le précédent, le tamponnement devint intolérable, et où il parvint à arrêter une hémorrhagie rectale à l'aide de morceaux de glace préalablement trempés dans l'huile et introduits dans l'intestin. Après l'excision de la première tumeur, M. Barthélemy se décida à détruire les trois autres avec le fer chauffé à blanc ; il se servit du cautère en roseau; le malade, malgré sa bonne volonté, ayant échappé aux aides au moment où le fer l'avait brûlé une première fois, il fallut, sur sa demande, le lier comme pour la taille. Au bout d'une douzaine de jours, les escharres étaient détachées, et dans l'espace d'un mois la guérison était complète.

Ganglions synoviaux. Le 27 novembre 1838, l'auteur publia dans la *Gazette des Hôpitaux* un procédé qui consiste à diviser le ganglion en deux comme une amande, à l'aide d'un ténotome introduit sous la peau sur le côté du kyste : on fait ensuite la compression avec une lamelle de plomb pendant au moins quinze jours. M. Marchal (de Calvi) a employé ce procédé avec succès en le modifiant légèrement. M. Barthélemy, puis Auvity, MM. Robert et Guersant y ont eu recours aussi avec avantage. On a contesté la priorité de l'invention à M. Barthélemy, mais ses droits sont positifs. C'est ce que l'un des rédacteurs du Recueil a fait ressortir aussi dans une *note* à la suite.

MALADIES DE L'ALGÉRIE. — Notice sur le climat et les maladies de l'Algérie, t. LX, p. 1 (*Voyez* Algérie).

MALADIES du nord de l'Afrique, t. LII, p. 1 (*Voyez* Algérie).

MALADIES ENDÉMIQUES DE L'ALGÉRIE. — Etat du sang dans les maladies endémiques de l'Algérie, t. LX, p, 135 (*Voyez* sang).

MALADIES DU FOIE. — Des maladies du foie en Algérie, t. LVIII, p. 1. — De l'hypérémie du foie, par M. *Haspel*, médecin-adjoint aux ambulances de l'Algérie, *ib.* p. 3.

L'hypérémie du foie, trop souvent considérée comme une affection insignifiante, révèle une des conditions organiques les plus fécondes en maladies graves. Elle se distingue en aiguë ou active, et en hypostatique ou passive. L'hypérémie active diffère peu de l'hépatite aiguë.

Hypérémie aiguë active, p. 5. Beaucoup d'hommes en sont atteints dans les mois de juin, juillet et août.

Symptomatologie et anatomie pathologique de cette affection.

Hypérémie hypostatique, p. 11. Elle se manifeste en automne, lorsque survient une température froide, humide et variable, et comme suite des fièvres et des affections dysentériques de l'été.

Hypérémie hypostatique aiguë, p. 15.

Hypérémie hypostatique chronique, p. 17.

Traitement: 1° de *l'hypérémie aiguë active*. La saignée générale a paru très utile, on y joint les purgatifs salins. Quand la maladie passe à l'état chronique, voyages en mer, retour en Europe, eaux minérales ; 2° de l'*hypérémie hypostatique aiguë*. Ici la saignée est rarement indiquée. Les purgatifs salins méritent la préférence ; 3° de l'*hypérémie hypostatique chronique*. Cette forme a résisté à toutes les médications. L'auteur termine par un exposé des traits qui caractérisent les deux formes principales.

— Mémoire sur la coïncidence de l'hépatite et des abcès du foie avec la diarrhée et la dysenterie endémiques dans la province d'Oran; par M. *Catteloup*, médecin-adjoint à Tlemcen, *ib.*, p. 27.

Il existe peu d'affections de la partie inférieure du canal intestinal qui ne soient accompagnées de quelques phénomènes morbides de l'organe hépatique. Sur 157 décès constatés dans le service de l'auteur à Oran et à Tlemcen, et dont les deux tiers environ ont eu pour cause la diarrhée ou la dysenterie, l'autopsie a révélé les altérations hépatiques ci-après :

Congestions sanguines	11
Augmentation du volume avec tissu jaune	1
Ramollissements	5
Indurations	2
Abcès du foie	20
Altération de la bile	6
Atrophie de la vésicule	4
Concrétion de la bile	1
Tumeurs enkystées	2
Etat graisseux du foie	7
Couleurs anormales diverses	8
Total	65

Ces diverses altérations n'ont certainement pas été constatées toutes pendant la vie ; mais elles dénotent la part considérable des altérations du foie dans la production de la mortalité.

Étiologie. Saisons. Les mois dans lesquels se sont présentés des cas d'hépatite sont, par ordre de fréquence : les mois de septembre, août, juin, juillet, mai et octobre. *Climat.* 1° *Territoire d'Oran ;* 2° *Territoire de Tlemcen. Acclimatement.* Les affections du foie sont d'autant plus fréquentes, que les individus habitent depuis plus longtemps dans les climats chauds.

Vingt malades, atteints d'affection du foie, se répartissent ainsi qu'il suit, sous le rapport de la durée du séjour.

Moins de 1 an de séjour en Afrique	1
18 mois	2
2 ans	3
3 ans	7
4 ans	4
5 ans	2
8 ans	1
Total	20 (1)

Intempérance. Constitution. Age.

Observations. — 1ere Section.

Hépatites terminées par résolution.

1ere Observation. — Hépatite aiguë et diarrhées, *ib.*, p. 54.

2e Observation. — Gastro-hépatite ; diarrhée ; guérison ; *ib.*, p. 58.

3e Observation. — Hépatite ; péritonite sus-hépatique ; diarrhée ; guérison, *ib.*, p. 61.

4e Observation. — Hépatite aiguë ; dysenterie aiguë, succédant à la diarrhée ; ascite consécutive, avec œdème des extrémités, *ib.* p. 66.

---

(1) *Note du Rédacteur.* Nous partageons complètement l'opinion exprimée par M. Catteloup, opinion confirmée par les remarquables travaux statistiques publiés sur l'état sanitaire de l'armée anglaise ; mais nous devons faire observer que les chiffres sur lesquels s'appuie l'auteur n'ont point la valeur qu'il leur prête, en ce qu'ils expriment des nombres absolus au lieu de présenter des nombres proportionnels.

5e Observation. — Gastro-hépatite; deux accès de fièvre à six jours d'intervalle, avec éruption cutanée; fièvre tierce, *ib*, p. 70.

IIe Section.

Hépatites avec dysenterie et diarrhée, terminées par la formation d'un ou de plusieurs foyers purulents dans le foie, *ib.* p. 75.

6e Observation. — Hépatite aiguë, commencement de suppuration, augmentation de volume du foie avec ramollissement; engorgement de la rate en bouillie; dysenterie ; état typhoïde, *ib.* p. 75.

7e Observation. — Hépatite terminée par quatre abcès du foie ; dysenterie, *ib.* p. 79.

8e Observation. — Hépatite avec abcès énorme dans le foie ; ascite, diarrhée chronique, *ib.*, p. 87.

9e Observation. — Hépatite avec abcès; péritonite consécutive; dysenterie chronique, *ib.*, p. 93.

10e Observation.— Hépatite chronique, avec abcès du foie; diarrhée, *ib.*, p. 97.

11e Observation. — Diarrhée chronique avec abcès du foie ; mélanose dans les poumons, *ib.*, p. 107.

12e Observation. — Dysenterie aiguë; abcès du foie communiquant avec le duodénum; tubercules pulmonaires, *ib.*, p. 115.

13e Observation. — Dysenterie aiguë, suite de diarrhée; abcès du foie; péritonite consécutive; fausse membrane de 32 centimètres de longueur dans l'intestin colon perforé, *ib.*, p. 122.

14e Observation. — Dysenterie aiguë; abcès du foie, *ib.*, p. 123.

15e Observation. — Dysenterie adynamique; abcès du foie, *ib.*, p. 125.

16e Observation. — Dysenterie aiguë; hépatite avec abcès du foie; large foyer purulent à la base du poumon droit, *ib.*, p. 128.

17e Observation. — Hépatite avec abcès du foie; pneumonie du côté gauche; péritonite consécutive; ascite; œdème des extrémités; *ib.*, p. 139.

18e Observation. — Dysenterie adynamique; abcès du foie; destruction de la paroi antérieure du cœcum sans épanchement péritonéal, *ib.*, p. 147.

IIIe Section.

Productions morbides dans le foie.

19e Observation. — Dysenterie chronique; tumeur athéromateuse et hydatifère dans le foie; *ib.*, p. 152.

20e Observation. — Dysenterie adynamique avec fausses membranes dans le gros intestin; kyste volumineux dans le foie, rempli d'une matière gélatiniforme, *ib.*, p. 156.

Anatomie pathologique, p. 164.
Symptômes généraux, p. 187.
Traitement, p. 211.
Conclusions, p. 227. Les affections du foie sont fréquentes dans la province d'Oran; elles coïncident avec les affections de la partie inférieure du canal intestinal; elles succèdent à la diarrhée et à la dysenterie; les grandes chaleurs y prédisposent, ainsi que les fatigues et les suppressions de transpiration; elles s'observent rarement chez les sujets au-dessous de 24 ans, et chez les individus ayant moins de 2 ans de séjour en Afrique; les sujets faibles y sont particulièrement disposés; les hommes du nord sont plus fréquemment atteints; l'état graisseux du foie est commun en Afrique; la phthisie pulmonaire y est excessivement rare.

MALADIES DES PARTIES GÉNITALES. — Mémoire sur quelques maladies des parties génitales de l'homme et de leurs dépendances; par M. *Gama*, chirurgien en chef, premier professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. XLV, p. 17.

L'auteur se propose seulement d'exposer quelques considérations générales sur les causes, les symptômes, les caractères différentiels des maladies les plus communes des organes contenus dans le scrotum; d'indiquer les moyens curatifs qui leur sont le mieux appropriés; enfin, de faire connaître la marche qu'elles affectent sous l'influence du traitement auquel il les soumet.

DE L'HYDROCELE. — Lorsqu'on veut s'éclairer des commémoratifs, on parvient presque toujours, du moins chez les adultes, à rapporter les causes de l'hydrocèle à un seul ordre, la contusion du testicule : ainsi agissent les efforts violents, les marches forcées, le saut, le froissement, la compression, etc. La douleur et l'irritation qui surviennent peuvent se dissiper en assez peu de temps ; le testicule conserve rarement un peu de gonflement indolent ; mais, après un temps assez long, on remarque que la tunique vaginale n'est plus en contact immédiat avec le testicule, ou bien que celui-ci prend plus de développement et est devenu le siége de douleurs vives. En ce moment, les symptômes perdent de leur simplicité, et la maladie se caractérise. La tumeur est souvent inégale, comme cloisonnée, offrant des renflements le long du cordon spermatique. Les parois que forme la tunique vaginale peuvent, en se refusant à la distension, donner lieu à une tumeur petite et arrondie. D'autres fois, l'hydrocèle se présente sous une forme large, ovoïde : la peau scrotale est amincie, sillonnée de veines ; la vaginale a partagé cette laxité et s'est prêtée à une grande distension. Le petit volume de la tumeur, l'épaississement de la vaginale, les inégalités de consistance, les bosselures, le défaut de transparence, sont des circonstances qui rendent le diagnostic difficile et n'offrent à l'esprit qu'un choix entre des probabilités. La fluctuation, lorsqu'elle est possible, est impuissante à faire reconnaître la nature du liquide épanché : la transparence la plus parfaite ne suffit pas toujours pour établir un jugement *à priori* ; outre qu'une matière gélatineuse peut fournir ce signe, une légère couche de sérum limpide entourant le testicule, a été prise pour une grande masse d'épanchement sur laquelle on avait cru opérer. Dupuytren a signalé des cas de ce genre, et a fait remarquer que l'illusion provenait de la réfraction qu'éprouvait la lumière en traversant le liquide.

L'état stationnaire de la tumeur ne peut guère être attribué qu'à la résistance qu'offrent la tunique vaginale et ses annexes : cette période peut être de très longue durée et n'incommoder que peu le malade. Les collections considérables fatiguent par leur poids, rendent la marche pénible, distendent les téguments de la région inguinale et du pénis qui disparaît dans la tuméfaction.

Chez les soldats, l'engorgement testiculaire qui apparait au début ou au déclin de l'uréthrite, est le degré de l'orchite auquel sont dus la moitié des cas d'hydrocèle observés par l'auteur. L'hydropisie de la tunique vaginale peut apparaître comme complication après une diminution de la tumeur trop promptement appelée guérison, ou au début de la maladie, à son état aigu, en l'accompagnant encore à l'état chronique. Les lois de la circulation générale suffisent pour expliquer le mécanisme de la for-

mation de l'épanchement. L'impulsion circulatoire porte le sang à la périphérie des organes où se fait l'exhalation : que ceux-ci soient indurés, que leur texture tienne en stagnation ou en combinaison, dans l'état inflammatoire, du sang ou des humeurs épaissies, l'exhalation a encore facilement lieu ; mais la fonction absorbante perd de son activité. Le liquide exhalé ne peut être repris en totalité par des vaisseaux comprimés et accolés les uns aux autres ; le mouvement de retour laisse en arrière un excédant d'exhalation qui s'épanche dans les cavités qu'il rencontre. C'est de cette manière que l'on doit entendre le défaut d'équilibre entre l'exhalation et l'absorption, donné pour cause des hydropisies et notamment de l'hydrocèle.

Traitement. Tout traitement rationnel suppose une théorie dont il n'est que l'application au cas qui se présente. Tout traitement d'accord avec la théorie, si celle-ci est exacte, se règle sur les phénomènes morbides qu'il combat, dont il suit la décroissance, variant ses moyens, mais ne hasardant jamais le succès.

La théorie de l'auteur est déjà connue ; ses moyens en sont déduits avec la garantie de l'observation la plus naturelle. La première indication à remplir est de réduire, sinon de guérir complètement, l'inflammation testiculaire chronique préexistante, faible, quelquefois sans symptômes bien évidents, mais dont l'existence est logiquement incontestable. Ainsi, l'affection inflammatoire étant évidemment locale, on débute par l'emploi très peu actif, à raison des symptômes, des antiphlogistiques locaux, aidés du repos et d'un régime modéré. En conséquence, cinq ou six sangsues sont appliquées, tous les quatre ou cinq jours, à la partie postérieure du scrotum, sur le point correspondant à l'adhérence naturelle du testicule avec la tunique vaginale. En insistant sur ce moyen, qu'on active encore par l'emploi simultané d'un traitement interne approprié à l'orchite, on arrive quelquefois à la résorption avec une rapidité étonnante. Mais il est ordinaire qu'aucun effet apparent ne soit d'abord produit, si ce n'est que la douleur, s'il en existait, est calmée. Après 20 à 25 jours de ce traitement préparatoire, on procède à la cure dite radicale.

Différentes méthodes ont été proposées pour la cure radicale de l'hydrocèle.

Tente. La tente, héritée des Arabes, n'a pu être primitivement destinée qu'à rendre continuel l'écoulement du liquide qui se renouvelait dans la tumeur. On s'est aperçu, plus tard, que ce corps étranger provoquait par sa présence, des adhérences intérieures, et cette observation si simple fit faire un pas à l'art.

Séton. C'est au moyen du séton qu'on chercha à mettre à profit la découverte précédente ; mais le séton, comme la tente, resta impuissant à déterminer sur toute la surface de la tunique vaginale une inflammation adhésive. D'autre part, les instruments in-

troducteurs du séton ne parcouraient pas toujours la tumeur sans occasionner des lésions aux parties internes. Pott et Douglas observèrent aussi que l'inflammation provoquée était souvent trop violente pour être promptement suivie de la guérison ; que des abcès se formaient dans le scrotum, devenaient fistuleux et que d'autres accidents plus généraux compromettaient le succès et éloignaient le terme de la cure. Les mêmes reproches peuvent être adressés à la sonde en gomme élastique du baron Larrey, moyen bien plus simple et toutefois d'une utilité plus réelle.

Injections. On ne saurait nier que des guérisons nombreuses soient dûes à ce moyen, mais c'est toujours dans les cas simples, et il est même d'observation que, dans ces circonstances, les avantages sont grandement contre-balancés par les fâcheuses complications que souvent on détermine. Le premier temps de l'opération, la ponction de la tumeur, n'est point exempt de dangers pour le testicule, qu'on a souvent blessé, surtout lorsque des adhérences le portaient en avant et le retenaient sous l'instrument. Des cloisons, des adhérences, s'opposent souvent à l'évacuation complète du liquide, après l'introduction du trois-quarts. Les mêmes dispositions qui peuvent rendre impossible ou difficile l'évacuation du liquide de l'hydrocèle, rendront incomplète la sortie du liquide irritant injecté par la canule dans la vaginale. L'inflammation qui devait résulter du simple contact de l'injection, s'accroît par le séjour de l'excédant qu'on ne peut ramener au dehors : il survient des accidents graves, une orchite violente, des abcès ou la gangrène du scrotum. Outre le cloisonnement de la tumeur, il est une disposition de la tunique vaginale qui rend encore plus dangereuses les injections irritantes, c'est la minceur extrême et la faible résistance dont jouit la vaginale, surtout quand la tumeur est volumineuse : les lames qui la composent sont comme éraillées, les éléments en sont dispersés et permettent une infiltration de liquide dans les enveloppes du testicule. Cet accident est grave, puisque la gangrène de toutes les parties en contact avec le liquide irritant est presque inévitable.

Caustique. La méthode par le caustique réussit assez bien : les inconvénients qu'on peut lui reprocher sont communs à tous les procédés qui laissent ignorer au chirurgien à quelle variété de l'hydrocèle il a affaire, et si des complications inaperçues à l'extérieur se joignent à la maladie.

Excision. Le testicule, privé de sa membrane séreuse, par suite de l'excision, ne trouve plus de cavité où il puisse se loger ; il est comme rejeté en dehors du scrotum, recouvert par des productions nouvelles, tandis que ce qui reste de la vaginale se rapproche et se cicatrise derrière lui, comme pour l'expulser complètement.

Malgré toutes les adhérences qui interviennent pour entourer le testicule, cet organe reste exposé à des froissements, à des

pressions, contre lesquels il n'est pas protégé, et l'on voit presque inévitablement sous la moindre cause, apparaître son engorgement, se dissipant quelquefois, récidivant et passant à l'état chronique.

Incision. Il nous est aisé maintenant, dit M. Gama, de nous prononcer sur la méthode que nous croyons préférable : c'est la simple incision. Après celle-ci viennent, en second rang, le caustique; en troisième, l'injection. Les précautions locales étant prises, on fait un pli à la peau, qu'on divise d'un seul coup de bistouri, de manière que toute la tumeur soit mise à découvert. La pointe du bistouri fait ensuite dans un point déclive et fluctuant une légère ponction, par laquelle on introduit une sonde canelée jusqu'au sommet de la tumeur : on divise sur cette sonde les tuniques testiculaires, et tout le liquide s'épanche. Il faut avoir soin de ne pas laisser en bas un godet qui retiendrait une petite collection séreuse, plus tard purulente. En écartant les lèvres de la plaie, on juge de l'état intérieur des tuniques et du testicule, et lorsque ces organes sont dégénérés ou transformés, on peut procéder à leur ablation. Le pansement consiste à ceindre le testicule avec une bandelette de linge, dont les chefs sont ramenés en dehors par-dessus les bords de la plaie. En un mot, il faut éviter tout contact entre les lèvres de la plaie et entre le testicule et la vaginale pariétale. On maintient le scrotum avec un suspensoir, ou avec une bande fixée à un bandage de corps. L'appareil reste en place six ou huit jours, après lesquels on panse simplement la plaie, sans interposition de corps étrangers : des adhérences générales s'établissent, et la guérison est complète.

De l'orchite. — Le gonflement inflammatoire du testicule, à différents degrés, idiopathique ou sympathique, par causes externes ou internes, par métastase ou transport d'irritation; l'état avancé de la maladie qu'on appelle squirrhe, sarcocèle, fongus, dégénérescence cancéreuse, tuberculeuse, encéphaloïde, etc., constituent l'orchite aiguë ou chronique. Tous les changements qu'éprouve la substance propre du testicule, dans la marche lente ou rapide de la maladie, ne doivent être considérés que comme des variétés de l'orchite : les altérations de texture de l'organe sont seulement variables par leurs degrés ou par leurs nuances. L'hydrocèle, symptôme de l'inflammation primitive du testicule, transmise quelquefois à la vaginale, reconnaît constamment et *à fortiori* la même origine, quand l'organe continue d'être enflammé.

1° *État aigu.* Parmi les causes les plus puissantes de l'inflammation aiguë du testicule, on doit ranger les violences extérieures et la suppression trop prompte d'une uréthrite. Dans ce dernier cas, il y a évidemment transport de l'irritation de l'urèthre sur le testicule : quelquefois, cependant, l'écoulement uréthral persistant, il y a extension de l'irritation par simultanéité d'action

organique ou rapport de voisinage. L'orchite aiguë peut être déterminée par des affections viscérales, surtout par continuité de tissus depuis les reins ou la vessie. Les violences extérieures agissent directement sur le testicule ou ses enveloppes : cependant quelques unes agissent indirectement, comme les chutes, les sauts, la course et les efforts. Lorsque des mouvements d'ensemble s'exécutent avec promptitude et énergie, les testicules remontent vers le pubis, où ils sont exposés au retentissement des mouvements brusques et violents, aux secousses imprimées à tout le squelette.

L'inflammation aiguë du testicule débute par la périphérie de l'organe, quelquefois par un point limité de cette surface, auquel le malade rapporte une douleur fixe. On a remarqué que l'épididyme était primitivement irrité dans quelques cas. Le testicule acquiert souvent le volume du poing, dans les vingt-quatre heures. La douleur est vive et nécessite la suspension de l'organe et la position horizontale : des tiraillements se font sentir le long du cordon et jusqu'au bas-ventre.

L'énorme développement auquel parvient le testicule a pour siége le tissu même de l'organe et non ses enveloppes : la tunique albuginée ne s'éraille point comme la vaginale ; elle s'élargit, s'épaissit et reste toujours intimement unie au testicule. La vaginale et les autres membranes scrotales se moulent sur le testicule, dont le développement cause leur distension; une légère couche de liquide éloigne toujours la première de l'organe séminal. La douleur a un caractère particulier, elle est profonde, pulsative, énervante : la face est anxieuse et grippée. Les vaisseaux et les nerfs qui composent le cordon spermatique sont les agents de l'engorgement du testicule, de la douleur *sui generis*, qui caractérise son inflammation et toutes les lésions qu'il éprouve. Des corrélations sympathiques élevées au degré morbide, adjoignent promptement aux symptômes locaux des troubles organiques généraux.

Traitement. C'est en suivant la marche décroissante des irritations, après en avoir arrêté les progrès, en s'opposant sans cesse à leur retour, en décomposant lentement les éléments morbides qui les constituent, que l'on parvient à les éteindre. Il est rare que la saignée du bras soit indiquée dans l'orchite; les déplétions locales, successives et prolongées amènent sûrement et promptement le dégorgement testiculaire, sans produire une profonde prostration que rien ne peut relever. Ce n'est point à l'abondance de l'évacuation sanguine qu'il faut attribuer la cessation des accidents, mais à sa continuité, sous une quantité faible, qui ne laisse pas à l'irritation le temps de reprendre toute sa violence, comme cela arrive lorsque l'on applique des sangsues chaque 24 heures. L'écoulement lent et continu du sang, produit

par des applications successives de 5 ou 6 sangsues, offre le puissant avantage d'ouvrir, en quelque sorte, des voies d'irrigation au sang qui afflue continuellement dans la partie irritée; par là, les vaisseaux de retour sont moins surchargés et achèvent plus librement la circulation. La persistance de la douleur doit régler la durée de l'écoulement sanguin ou sa reprise. Les symptômes concomitants, la fièvre, tous les phénomènes de réaction disparaissent dès que le foyer inflammatoire, éteint ou apaisé, cesse d'ébranler les viscères. Les cataplasmes, si abusivement employés après l'application des sangsues, sont en général plus nuisibles qu'utiles : ils favorisent la stagnation du sang dans le scrotum, et surchargent péniblement l'organe. L'emploi des émollients peut être réduit à de simples compresses imbibées d'eau tiède, qui servent de filtre au sang et entretiennent ouvertes les petites plaies des sangsues.

2° *État chronique*. La résolution de l'orchite aiguë peut être incomplète: alors la substance propre du testicule conserve de l'engorgement; dans d'autres cas, l'épididyme présente des renflements de densité variable. Ces traces d'une inflammation moindre, mais persistante, s'accompagnent de pesanteur et de douleur qui rendent la marche insupportable. Souvent les malades ne réclament des secours, à la suite d'une orchite primitive, que lorsque, dans son état chronique, la maladie a fait des progrès. Ces cas ont des rapports avec ceux dans lesquels la marche de l'orchite est primitivement lente. L'hydrocèle est un symptôme fréquent dans ces genres ou degrés d'orchite, avec cette circonstance qu'il paraît prédominant.

Dans un état plus avancé, le testicule est du volume d'un gros œuf de poule, et offre à sa surface des bosselures douloureuses, indurées ou ramollies. Le cordon spermatique présente quelquefois des renflements et des bosselures analogues. Comme dans les degrés précédents, la tunique vaginale peut contenir une certaine quantité de liquide; si les inégalités et le volume de la tumeur s'accroissent, si le poids du testicule augmente rapidement; ces aggravations constituent ce qu'on appelle sarco-hydrocèle. L'orchite avec absence d'une collection dans la vaginale, qui porte le nom de sarcocèle, comporte des altérations très variées du parenchyme testiculaire. On y rencontre de petits abcès, qui s'ouvrent ordinairement à l'extérieur, lorsqu'ils sont rapprochés de la surface. Souvent, après la sortie du pus, il se présente à l'ouverture une fongosité cellulo-vasculaire, qui paraît formée aux dépens de la substance du testicule, qu'elle imite assez bien. Les ulcères qui existent seuls ne restent pas moins longtemps fistuleux que ceux qui s'accompagnent de végétations; ils se terminent les uns et les autres par une cicatrice enfoncée, adhérente et solide, quand l'altération de l'organe n'est pas trop avancée. Nous ne partageons

point l'avis de beaucoup de chirurgiens qui rattachent ces petits abcès et les fongosités testiculaires à une lésion irremédiable et nécessitant l'ablation de l'organe. Les petits abcès qui paraissent dépendre d'une fonte tuberculeuse ainsi que les fongus sont généralement isolés les uns des autres, et guérissent après une durée variable, lorsque les causes auxquelles ils étaient dus ont cessé d'exister.

Sans s'occuper de plusieurs autres variétés d'altération qui, en définitive, proviennent toujours de l'état inflammatoire, l'auteur se croit en droit de conclure que, lorsqu'elles ne sont pas trop étendues, elles ne rendent pas l'orchite absolument incurable. L'ablation de l'organe est d'autant plus rarement nécessitée que beaucoup de cas, non susceptibles d'une terminaison complète, ne demandent que des précautions ordinaires pour prévenir les accidents dont l'apparition possible est d'ailleurs surveillée.

L'orchite complètement dégénérée et incurable se reconnaît aux symptômes suivants : la tumeur a le volume d'un gros œuf de poule ou même d'un œuf de dinde; la peau qui la recouvre est parfois unie, luisante, bleuâtre, sillonnée par des veines dilatées ; elle est soulevée en certains endroits par un liquide fluctuant, dans d'autres par des duretés et des bosselures; les ulcères qu'elle présente sont déjetés en dehors, excavés au centre et parcourent différents trajets dans l'intérieur. La matière qu'ils fournissent est ou ichoreuse ou purulente; les douleurs existent partout et reparaissent par élancements. La plus fâcheuse complication de cet état, ce sont les duretés, les nodosités et les douleurs du cordon spermatique, car alors la maladie a dépassé la portée des instruments. Lorsque la tumeur est ronde, indolente, molle, unie, donnant la sensation d'un liquide contenu dans son intérieur, c'est encore un indice de dégénérescence, qu'il faut savoir différencier de l'hydrocèle, et qui nécessite l'ablation du testicule. Si l'on veut, pour ne rien livrer au hasard, ouvrir préalablement la tumeur, on en trouve la cavité remplie d'un mélange de pus, de sang, de matière comme encéphaloïde ou tuberculeuse, et de débris de l'organe.

Traitement. Les émissions sanguines locales trop abondantes et répétées, ne précipitent point la fin de l'orchite chronique; elles produisent un effet nuisible par la dépression de la circulation et l'infiltration des bourses qu'elles amènent. Pour donner aux saignées locales le degré d'utilité qui leur est acquis dans le traitement de l'orchite chronique, il faut qu'elles soient faibles ; on doit les employer à des intervalles éloignés, faire en sorte que l'effet d'une saignée soit, pour ainsi dire, toujours nouveau, tout en s'ajoutant à l'effet déjà obtenu. Au lieu d'une diminution de volume de la tumeur, le changement observé peut consister dans la seule disparition des douleurs, qui est également un achemine-

ment vers la guérison. Quand la douleur cesse, l'organe rentre bientôt dans son état physiologique, l'augmentation de son volume n'étant certainement, par elle-même, que d'une considération peu importante. La partie médicale du traitement a une si grande part aux succès, qu'on pourrait être tenté de lui en attribuer tout l'honneur. Elle consiste dans l'administration des pilules d'extrait de ciguë et de calomel. On donne une de ces pilules le matin, et on augmente chaque jour d'une, sans discontinuer, ayant soin que ce soit deux heures avant ou après le repas. Quand on arrive à une vingtaine de pilules par jour, on peut diviser la dose en deux, une moitié le matin, l'autre le soir. Chaque pilule contient 2 grains d'extrait de ciguë et un demi-grain de calomel. Le nombre de ces pilules, ainsi graduellement augmenté, peut être porté fort loin; il est des malades qui permettent d'aller jusqu'à quatre-vingts. La salivation, la diarrhée, qui surviennent quelquefois, quoique causant un véritable malaise, n'autorisent point à cesser ni à suspendre le traitement; on se contente de ne pas augmenter le nombre des pilules. La prescription ascendante est ordinairement suivie, dans les cas rebelles, d'une prescription décroissante. Le traitement le plus ordinaire monte de quarante-cinq à cinquante pilules en une ou deux doses.

Tel est le traitement que l'auteur emploie avec le plus grand succès; il convient aussi à beaucoup d'autres affections anciennes, pour l'ordinaire rebelles à des formules multipliées.

Voici les cas généraux où il le croit indiqué de préférence à tout autre :

1° Les ulcérations du voile du palais, des amygdales et de toute l'arrière-bouche, syphilitiques ou autres.

2° Les ulcérations vénériennes des fosses nasales, les pustules de toute nature du derme chevelu et du visage.

3° Tous les symptômes de syphilis constitutionnelle, ulcères, exostoses, douleurs ostéocopes, carie.

4° Engorgements lymphatiques anciens, adénites.

5° Les dartres de quelque forme qu'elles soient.

Le travail se termine par l'exposition raisonnée et détaillée d'un cas de dégénérescence d'un testicule arrêté à l'anneau, dans lequel l'auteur pratiqua avec succès l'extirpation de l'organe dégénéré.

MALADIES DES PARTIES GÉNITALES. — Note de M. le baron Larrey sur le mémoire précédent, t. XLV, p. 138.

L'auteur relève les assertions de M. Gama en ce qui touche sa méthode de traitement de l'hydrocèle, qu'il décrit et dont il fait ressortir les avantages. Il n'a jamais vu de récidive chez aucun

des malades, en grand nombre, qu'il a soumis à ce mode de traitement. L'un des sujets les plus remarquables est un octogénaire, le maréchal M... M. Larrey croit la méthode suivie par M. Gama indiquée dans les cas où la tunique vaginale est hypertrophiée.

MALAPERT (A.-F.), *chirurgien-major au 12e régiment de chasseurs* (1). — Nouveau mode de réduction des luxations de l'humérus et de celles du fémur en bas, sans le secours de l'extension ni de la contre-extension, t. XLIV, p. 304. — Note sur un nouveau mode d'opération du phimosis, t, XLIV, p. 312. — Du traiment de la gale par la potasse caustique en dissolution, t. XLIV, p. 316. —Considérations hygiéniques sur quelques maladies, et particulièrement sur les stomatites, occasionnées par l'encombrement des troupes dans les bâtiments où elles sont casernées, t. XLV, p. 280.

MAL DE MER.—Dissertation sur l'étiologie du mal de mer; par M. *François Broussais*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Dunkerque, t. XLIX, p. 81.

Le mal de mer a fixé l'attention de beaucoup d'observateurs. M. Keraudren l'attribue aux frottements des viscères abdominaux.

Selon M. Broussais, « le phénomène se passe dans la membrane » musculaire de l'estomac et de tout le canal digestif : c'est le vo- » vissement nerveux par excellence ; il ne dépend pas de l'odeur » de la calle. » Darwin explique le mal de mer par le trouble du cerveau, et ce dernier par le trouble de la vue. L'auteur admet » que le principe du mal de mer git dans le centre cérébro-spi- » nal, quelles que soient les extrémités nerveuses qui reçoivent » la première impression, et que l'organe chymificateur n'est at- » teint que sympathiquement. »

MALLE (P), *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg* (2). — Compte rendu de

---

(1) En ce moment chirurgien principal, chirurgien en chef à l'hôpital militaire de la Rochelle.

(2) Aujourd'hui chirurgien-major à l'hôpital militaire de Valenciennes.

la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire de Strasbourg, t. XLII, p. 110. — Suite du compte rendu de la même clinique, t. XLIII, p. 1. — Suite et fin du compte rendu de la même clinique, t. XLIV, p. 1. — Essai d'analyse toxique générale, t. XLVI, p. 1. — Mémoire sur un nouveau procédé d'isolement de l'arsenic dans les recherches médico-légales, t. XLVII, p. 305. — Observation de carie très vraisemblablement déterminée par la pression du soulier sur le dos du pied, chez un Arabe, t. LVIII, p. 246.

MARCHAL (de Calvi) (1). — De la prosopalgie traumatique. Rapport au Conseil de santé sur les observations de M. le Docteur Maupin, chirurgien-major, t. LV, p. 266. — Remarqués sur trois observations recueillies à la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce, t. LVI, p. 213.

MARSEILHAN, *médecin en chef de l'hôpital militaire d'Oran* (2). — (A fait un Rapport général sur les maladies d'Oran, pendant les années 1838 et 1839, dont on a extrait les documents relatifs à l'histoire médicale de l'Algérie) t. LII, p. 117. (*Voyez* Algérie).

MARTENET, médecin ordinaire (3). — Observation d'abcès du foie à la suite d'un coup de pied ; ouverture de l'abcès à la région épigastrique. Guérison, t. LV, p. 96.

MARTIN (J.-J.-A.), *chirurgien-major, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Colmar* (4). — Fistules lacrymales guéries sans opération, t. LIII, p. 262. — Hémorrhagie dentaire grave et opiniâtre, ayant compromis la vie du sujet, et occasionnée par l'avul-

---

(1) Chirurgien-major et professeur à l'hôpital de perfectionnement.

(2) Décédé.

(3) Aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital militaire de Colmar.

(4) Admis à la retraite.

sion d'une dent. Moyens employés pour s'en rendre maître, *ib.*, p. 247.— Observation de méningite épidémique. Coma, réaction, collapsus. (Extrait d'un Mémoire), t. LIV, p. 48. — Observation de méningite épidémique. Mort dans la convalescence. (Extrait du même Mémoire), *ib.* p. 70. — Observation de méningite épidémique. Calotte purulente cérébro-rachidienne, formée en trois jours. (Extrait du même Mémoire), *ib.*, p. 105. — Observation de méningite épidémique. Perte de connaissance, convulsions, opisthotonos; rien à la pulpe cérébrale. (Extrait du même Mémoire), *ib.* p. 119. — Observation de méningite épidémique. Perte de connaissance, délire, opisthotonos; rien à la pulpe cérébrale. (Extrait du même Mémoire), *ib.* p. 123. — Observation de méningite épidémique. Perte de connaissance, convulsions, strabisme, opisthotonos; rien au cerveau ni à la moelle. (Extrait du même Mémoire), *ib.*, p. 138.— Observation de méningite épidémique. Agitation, délire, exacerbation, hémiplégie; rien à la pulpe cérébrale. (Extrait du même Mémoire), *ib.* p. 144. — Remarques pratiques sur le panaris, et nouvelles observations sur l'efficacité de la pommade mercurielle pour le guérir, t. LVII, p. 147.

MARTINEAU DES CHENEZ, *Conseiller d'Etat, Secrétaire général du ministère de la guerre.*—Discours prononcé à la distribution des prix au Val-de-Grâce, à la suite du concours de 1843, t. LV, p. 382.

MARTURÉ, *chirurgien-sous-aide, au Val-de-Grâce* (1). — Observation de plaie de la face avec fracture de la base du crâne et des os maxillaires, produite par un coup de feu. Cicatrisation complète de la plaie. Mort survenue à la suite de symptômes cérébraux dont la nature n'est nullement en rapport avec l'étendue et la gravité des lésions anatomiques rencontrées à

(1) Actuellement chirurgien aide-major, professeur par intérim à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.

l'autopsie, t. LVI, p. 191. — Observation de carie des os du pied, suite d'entorse chronique; amputation sus-malléolaire. Guérison de la plaie. Mort dans le marasme à la suite d'une vaste carie vertébrale, dont aucun symptôme n'avait révélé l'existence. Recueillie dans le service de M. BAUDENS, chirurgien en chef, premier professeur, *ib.* p. 200.

MATIÈRE SUCRÉE. — Examen chimique d'une matière sucrée, recueillie sur les feuilles du tilleul; par M. *Langlois*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg. t. LIII, p. 316.

Par un temps de grande sécheresse, aux mois de mai et de juin, la face supérieure des feuilles de tilleul se couvrit d'un liquide épais et sucré. Un tilleul de moyenne grosseur aurait pu facilement en fournir plusieurs kilogrammes. — Ce principe sucré est soluble dans l'eau. Il donne par l'évaporation un sirop légèrement coloré. — Caractères chimiques de ce sirop. — D'une quantité de 120 grammes de ce sirop, on obtient 75 centimètres cubes d'alcool à 14° 1/2 représentant 22 centimètres cubes d'alcool absolu, proportion égale à celle que produiraient 34 grammes de sucre de canne. D'après l'analyse, le miellat recueilli sur les feuilles de tilleul serait composé de *sucre de raisin*, *sucre cristallisable*, *mannite*, *mucilage*, *albumine végétale*, *tannin*, *sels à bases inorganiques*, *acétates de potasse et de chaux*, *sulfate de chaux*, *chlorures potassique et calcique*. — Principes de physiologie végétale appliqués à la formation de ce liquide sucré.

MAUPIN, *chirurgien-major* (1). — Observation de prosopalgie traumatique, t. LV, p. 266. — Seconde observation de prosopalgie traumatique, *ib.*, p. 278. — Observation de fracture verticale de l'os maxillaire inférieur, entre la deuxième incisive et la canine droites, t. LVIII, p. 321. — Observation de fracture double de la mâchoire inférieure, *ib.* p. 323.

---

(1) En ce moment chirurgien en cehf de l'hôpital militaire de Sétif, en Algérie.

MEDEAH. — Topographie médicale de la ville de Médeah, t. LV, p. 180. (*Voyez* topographie).

MÉDECINE. — Observations médicales faites à la suite de l'armée qui, en octobre 1839, a traversé les Portes de fer, de la province de Constantine dans celle d'Alger; par M. *Guyon*, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, t. XLVIII, p. 202.

Insalubrité de Philippeville. Camp des Toumietz. Constantine. Nègre du Soudân et nègre Bournou. Le Haschich. Goitreux observés à Constantine; crétinisme probable. Fièvres intermittentes. L'âne, opération qui lui est pratiquée pour le faire respirer plus largement. Milah, son histoire, ses jardins. Albinisme. Une folle. Djémilah. Sétif. La lèpre. Les Béni-Marsour. Mariages. Inoculation de la variole. La peste.

MÉDECINE. — Relation médicale de l'expédition de Mélianah et de Médéah, en juin 1840; par M. *Antonini*, médecin en chef de l'armée d'Afrique, t. XLIX, p. 52.

Après avoir décrit la route qui conduit d'Alger à Milianah, et de cette ville à Médéah, l'auteur résume dans un tableau synoptique, les réductions éprouvées par la colonne expéditionnaire, par maladies, blessures et décès, ainsi que les observations thermométriques recueillies sur tous les points parcourus.

MÉDECINE. — Rapport médical sur l'Algérie; par M. *Antonini*, médecin en chef du corps d'occupation, t. L, p. 181.

Exposé des causes des fièvres périodiques de Bone. Opinions de MM. Herpin, Barthez, Goedorp, Worms. Hygiène proposée pour la conservation de la santé des troupes. Repas. Tenue. Coiffure. Travaux. *Camps de Bone. Constantine.* Maladies de poitrine, fièvres d'accès, spécialement imputables au séjour antérieur à Bone et dans les camps. Fièvres typhoïdes. *Philippeville.* Tableau du mouvement des malades traités dans les hôpitaux de l'Algérie pendant les années 1837 et 1838.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. — Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale, observée à

l'hôpital militaire de Versailles, en 1839; par M. *Faure-Villar*, médecin en chef de cet établissement, t. XLVIII, p. 1.

Cette maladie se manifeste à Versailles dans les premiers jours de février 1839. Elle se concentre presqu'entièrement dans le bataillon du 18e léger, bien que la garnison se compose de trois bataillons d'infanterie et de deux régiments de cavalerie. Elle décroît en mars, et offre une récrudescence en avril. A la fin de mai, six malades du 18e léger habitant une seule et même chambre, sont frappés simultanément. Tableau de la marche de la maladie de dix en dix jours.

Sur 154 malades, 116 sont fournis par le 18e léger; sur 66 décès, 48 appartiennent à ce même régiment. Deux hommes sont atteints à l'hôpital où ils ont été admis pour d'autres affections.

Observations particulières. 1° Cas légers, p. 8. 2° Cas graves terminés par la guérison. 3° Cas graves terminés par la mort, p. 35.

Symptômes et marche. Première période. Invasion ordinairement brusque, précédée, dans quelques cas, de pesanteur de tête, de vertiges, de céphalalgie. Quelques malades sont foudroyés en quelques heures. Il se présente une forme *inflammatoire*, et une forme *typhoïde*. Douleur latérale, antérieure et postérieure de la tête; rachialgie, douleur dans les membres. Vision trouble, abolie, diplopie. Pupilles immobiles, plus souvent dilatées que contractées; douleur au fond de l'orbite. Mâchoires, dans quelques cas, rapprochées et agitées de mouvements convulsifs, sourcils froncés, front raideur du cou, renversement de la tête en arrière. Douleurs dans raideur du cou, renversement de la tête en arrière. Douleurs dans les genoux, crampes dans les mollets. Décubitus abdominal. Exacerbations le soir, avec cris de douleur ou chant. Réponses brèves, intelligence intègre. Pouls plein, dur et fréquent. Sang souvent couenneux. Rien du côté de l'abdomen, appétit nul, urines rares et colorées. Vomissements, expulsion de lombrics. Dans les cas graves, la peau présente des taches d'un brun foncé ou d'un pourpre vif, à la partie antérieure du tronc ou sur les membres inférieurs; dans quelques cas, taches d'un noir d'encre ou analogues à celles de l'urticaire et de la scarlatine. *Deuxième période.* Annoncée par la suspension trompeuse des symptômes précédents. Aux phénomènes d'excitation, succèdent des symptômes de collapsus. *Troisième période.* Forme chronique.

Terminaison. Sur 154 cas, 66 se sont terminés par la mort, 88 par la guérison.

Lésions anatomiques. Adhérence de la *dure-mère*, trois fois

avec les membranes sous-jacentes. *Arachnoïde.* Épanchement de sérosité à la face supérieure du cerveau, à la base, dans les ventricules. Sérosité limpide, quelquefois sanguinolente, purulente. Arachnoïde rachidienne distendue 34 fois par de la sérosité citrine, floconneuse, purulente. *Pie-mère.* Lésions de cette membrane plus fréquente que celles des autres, et caractérisée, 1° par l'injection du réseau vasculaire; 2° par l'infiltration séreuse; 3° par l'infiltration du tissu cellulaire; 4° par l'infiltration purulente; 5° par des plaques pseudo-membraneuses. *Cerveau.* Dans la grande majorité des cas, la substance cérébrale ne participe pas aux altérations des méninges. *Moelle épinière.* Mêmes lésions que pour la substance cérébrale. *Organes digestifs.* Une fois le pharynx se montre gangréné. Estomac rarement lésé. Chez sept sujets, gonflement des follicules de Brunner, dans deux cas avec ulcération. Hypertrophie des plaques de Peyer dans trois cas. Sur 56 nécropsies, 42 présentent un nombre considérable d'ascarides. Quatre fois, on constate des taches pourprées sur la surface péritonéale des intestins. *Organes respiratoires.* Sans lésions spéciales. *Organes de la circulation.* Dix fois des pétéchies sur la surface libre du péricarde trois fois, sérosité abondante dans la cavité de cette membrane; La rate cinq fois atrophiée et flétrie; cinq fois hypertrophiée et ramollie. Le foie n'offre rien de remarquable. Reins sans lésion particulière. Étiologie. Causes morales et mécaniques sans influence. La constitution sanguine a paru prédisposer; on peut en dire autant de l'arrivée récente au corps, du froid et des fatigues du service. Formes. Deux formes ont prédominé, la forme inflammatoire et la forme typhoïde. Diagnostic. La maladie ne saurait être confondue ni avec l'encéphalite, ni avec la fièvre pernicieuse, ni avec la fièvre typhoïde (1). Pronostic. Sur 154 malades, 66 ont succombé. L'arrivée récente au corps a paru disposer au développement ainsi qu'à l'aggravation de la maladie. L'éruption pourprée a constamment accompagné les cas graves. 14 malades ont éprouvé des épistaxis, mais sans influence appréciable sur la marche de la maladie. Celle-ci était aggravée par l'extension de l'inflammation de la moelle épinière; elle paraissent plus facilement céder, lorsqu'il y avait périodicité prononcée sins les symptômes. Les complications de pleuro-pneumonie et d'encéphalite se sont toujours terminées par la mort.

Traitement curatif. L'abondance et la répétition des saignées

---

(1) M. Forget pense, au contraire, que la confusion avec la fièvre typhoïde est facile, et il rapporte un cas dans lequel l'erreur ne fut reconnue qu'à l'autopsie. N. du Réd.

générales ont été subordonnées à la constitution des sujets et à la plénitude du pouls. L'application permanente d'un petit nombre de sangsues a paru préférable à de larges applications faites d'une seule fois. Plus l'invasion était récente, plus le traitement antiphlogistique semblait avoir de puissance. Les applications froides n'ont pas réussi; les chlorures n'ont pas offert d'effets appréciables. Sur 33 cas traités par le sulfate de quinine uni aux antiphlogistiques, 19 se sont terminés par la guérison, 14 par la mort. Les vésicatoires sur le ventre ont été suivis, dans deux circonstances, d'un succès manifeste. L'emploi du calomel n'a été suivi de salivation que deux fois. Les forces ont été soutenues par une alimentation légère aidée de quelques toniques.

Traitement prophylactique. Les mesures proposées à l'autorité militaire ont été les suivantes : 1° suspension des exercices militaires, et leur remplacement par des promenades; 2° augmentation du nombre des nuits de repos ; 3° suppression de quelques chambres humides et mal aérées; 4° blanchissage des murs à la chaux; 5° aspersions de chlorure de chaux liquide; 6° distribution extraordinaire d'une ration de vin et remplacement des légumes habituels par du riz; 7° chauffage des chambres.

Nature. L'auteur considère la maladie comme une méningite accompagnée d'altération du sang.

Recherches historiques et bibliographiques.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. — Histoire des méningites cérébro-spinales, qui ont régné épidémiquement dans différentes garnisons de France, depuis 1837 jusqu'en 1842; d'après les documents recueillis par le Conseil de santé des armées; par M. *Casimir Broussais*, médecin ordinaire, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, t. LIV, p. 1.

Après avoir esquissé à grands traits l'histoire de la maladie avant 1837, l'auteur aborde la description de sa marche dans ces derniers temps. Elle se montre d'abord à Bayonne et dans le département des Landes, d'où elle se répand à Bordeaux (1) et à La Rochelle. De là elle s'élance à Versailles, Saint-Cloud, Ram-

(1) L'auteur passe sous silence un fait important, à savoir : la manifestation de la maladie à Rochefort en 1838, après l'arrivée du 18e léger, venant des Basses-Pyrénées, puis son développement à Versailles en 1839, après l'arrivée du même régiment, venant de Rochefort. (N. D. R.)

bouillet et Chartres. De 1840 à 1842, elle envahit Metz, Nancy, Lunéville, Toul, Tulle, Strasbourg, Schelestadt, Haguenau, Blois, Laval, Château-Gontier, Tours, Poitiers, Toulon, Nismes, Avignon, Aigues-Mortes (1). L'auteur admet que les migrations des régiments sont restées étrangères à la propagation de la maladie.

Etiologie. L'encombrement des casernes est tantôt signalé comme cause, tantôt il est signalé comme n'ayant pas existé. L'arrivée récente au corps, c'est-à-dire le non-acclimatement, paraît jouer un rôle important.

1re Observation. — Observation de méningite épidémique. Forme d'excitation (Extrait du mémoire de Rollet), t. LIV, p. 40.

2e Observation. — Forme de collapsus (Extrait du mémoire de M. Gasté), *ib.*, p. 44.

3e Observation. — Coma, réaction, collapsus. (Extrait du mémoire de M. Martin), *ib.*, p. 48.

4e Observation. — Observation de méningite épidémique. Forme intermittente. (Extrait du mémoire de M. Rollet), *ib.* p. 58.

5e Observation. — Mort dans la convalescence (Extrait du mémoire de M. Martin, *ib.*, p. 70.

Pronostic. Sur 1035 malades, observés sur divers points et à diverses époques, on compte 592 morts, soit un décès sur 1,76 malades.

Anatomie pathologique. Le centre cérébro-spinal paraît à l'auteur être le siége du mal.

6e Observation. — Suppuration en quinze heures. (Extrait du rapport de M. Léonard), *ib*, p. 89.

7e Observation. — Suppuration en 48 heures. (Extrait du mémoire de M. Bernet), *ib.*, p. 92.

8e Observation. — Suppuration en 48 heures. (Extrait du même mémoire), *ib.*, p. 95.

9e Observation. — Suppuration en 36 heures. (Observ.

(1) L'auteur omet Marseille, où la maladie est importée en 1841 par le 3e bataillon du 62e, venant de Saint-Esprit, où il avait perdu une trentaine d'hommes de *méningite*. *N. du R.*

recueillie par M. Lustreman, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg), *ib.* p. 97.

10e Observation. — Suppuration en 48 heures (Cas sporadique. Observation recueillie à l'hôpital du Sablat, à Dax, le 9 octobre 1823); par M. Férat, *ib.*, p. 101.

11e Observation. — Calotte purulente cérébro-rachidienne, formée en 3 jours. (Extrait du mémoire de M. Martin), *ib.*, p. 107.

12e Observation. — Convulsions, abolition des sens; pulpe cérébrale saine (Extrait du mémoire de M. Martin), *ib.*, p. 115.

13e Observation. — Perte de connaissance, convulsions, opistothonos; rien à la pulpe cérébrale (Extrait du mémoire de M. Martin), *ib.*, p. 119.

14e Observation. — Perte de connaissance, délire, opisthotonos; rien à la pulpe cérébrale. (Extrait du mémoire de M. Martin), *ib.*, p. 123.

15e Observation. — Perte des sens, de l'intelligence et de la sensibilité, opisthonos; rien au cerveau. (Extrait du mémoire de M. Gasté), *ib.*; p. 129.

16e Observation. — Perte des sens et de l'intelligence, agitation, mouvements douloureux, délire; rien au cerveau. (Extrait du mémoire de M. Gasté), *ib.*, p. 131.

17e Observation. — Perte des sens, du sentiment des besoins; sensibilité obtuse, convulsions; rien au cerveau. (Extrait du mémoire de M. Gasté). *ib.*, p. 135.

18e Observation. — Perte de connaissance, convulsions, strabisme, opisthotonos; rien au cerveau ni à la moelle. (Extrait du mémoire de M. Martin), *ib.*, p. 138.

19e Observation. — Agitation, délire, exacerbation, hémiplégie; rien à la pulpe cérébrale. (Extrait du mémoire de M. Martin), *ib.*, p. 144.

Traitement. Evacuations sanguines. « On est unanime (1), dit l'auteur, sur les avantages de la saignée générale dans la première période et dans la forme d'excitation ou de réaction de la méningite. » Révulsifs. M. Rollet dit s'être bien trouvé de l'emploi du cautère actuel sur la région rachidienne.

20e Observation. — Cas très-grave : coma alternant avec les convulsions, cyanose, trismus; fréquentes réactions ; évacuations sanguines larges et répétées ; cautérisations transcurrentes ; guérison. (Extrait du mémoire de M. Rollet), *ib.* p. 181.

21e Observation. — Méningite intermittente ; succès du sulfate de quinine. (Extrait du rapport de M. Durand), *ib.*, p. 198.

Nature de la maladie. « L'identité entre les symptômes et les « lésions de la méningite sporadique et de l'épidémique, l'effica- « cité *merveilleuse* des saignées, employées dès le début contre « les prodromes ; leurs succès encore incontestables dans la pre- « mière période ; les succès non moins frappants d'une puissante « révulsion ; enfin, l'incertitude de toutes les autres médications, « telles sont les raisons péremptoires qui nous forcent à admettre « que la méningite épidémique est une phlegmasie ordinaire, mais « violente. »

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. — Rapport sur quelques cas de méningite cérébro-spinale qui se sont déclarés à Douéra en 1845 ; par M. *Magail*, médecin ordinaire à l'hôpital du Dey, ex-médecin en chef de Douéra, t. LIX, p. 115.

Au commeencement de février 1845, la maladie se manifeste à Douéra parmi les hommes du 36e de ligne (2). Le thermomètre oscillait entre zéro et 10 degrés. La maladie disparaît dès que le thermomètre s'élève à 12 degrés. L'invasion avait lieu dans lin-

---

(1) Plusieurs auteurs, et nous sommes du nombre, se sont prononcés contre les déplétions sanguines. *N. du R.*

(2) Il est digne de remarque que, à la même époque, la même maladie tuait, à Toulon, 18 malades sur 20, appartenant au dépôt du 36e de ligne. Voyez la thèse de M. Chapuis (N. D. R.).

tervalle qui sépare le coucher du soleil de son lever. Les constitutions débiles sont épargnées.

Sous le rapport symptomatologique, la maladie de Douéra n'a rien offert de spécial. Le pronostic a été des plus graves. Sur 10 individus atteints, 6 sont morts : 1 après 72 heures de traitement, 1 après 67 heures, 1 après 49 heures, 1 après 46 heures; 1 après 23 heures; 1 après 21 heures. Chez 4 malades, la méningite a été enrayée.

Anatomie pathologique. Rien de particulier dans la maladie de Douéra.

Le *traitement* a consisté dans l'emploi des saignées générales et locales, aidées ou suivies de dérivatifs et de révulsifs, tartre stibié employé à titre de contre-stimulant.

L'auteur donne ensuite la description détaillée de six observations.

Récrudescence de la maladie. Après 36 jours de cessation complète, la maladie reparaît vers le 25 avril, et elle frappe plusieurs jeunes soldats du 36e de ligne, *récemment arrivés de France.* L'invasion a lieu encore de sept heures du soir à quatre heures du matin. Cette fois, dix guérisons sur douze malades. Le traitement employé se compose de nouveau des déplétions sanguines générales et locales aidées de la médication dérivative et révulsive, d'applications froides sur la tête, etc.

MÉNINGITE ÉPIDÉMIQUE. — Note sur la méningite épidémique qui s'est manifestée à Douéra et à Bathna; par M. *Guyon,* chirurgien en chef du corps d'occupation d'Afrique, t. LIX, p. 177.

La première apparition de la méningite remonte au mois de janvier 1840, époque à laquelle l'auteur l'a constatée à Douéra, dans le 17e léger. Sur 17 individus atteints, un seul parvint à se rétablir. Le premier cas se présenta le 13 janvier, le dernier à la fin de février. Trois cas ont été observés à Bathna, dans le 2e de ligne.

MERCURE. — Utilité du mercure dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis, t. XLVII, p. 110.— (*Voyez* syphilis).

MESTRE, *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Versailles* (1). — Observation d'hydrocèle opérée suivant le procédé de Larrey, t. LIII, p. 205.

---

(1) Actuellement chirurgien-major du 3e de ligne.

MÉTIDJA. — Topographie médicale de la Métidja, t. LIII, p. 125 (*Voyez* Topographie).

MEURDEFROY, *pharmacien major* (1). — Recherches expérimentales sur la conservation et la multiplication des sangsues officinales (Ce travail a servi de document à l'instruction sur la formation des viviers artificiels à sangsues, t. LVII, p. 282).

MICHEL (le baron) *médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou* (2). — Statistique médicale de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, adressé au Conseil de santé des armées, t. L, p. 97.

MILIANAH. — Topographie médicale de la ville de Milianah, t. LVI, p. 143 (*Voyez* Topographie).

MILLON (E), *pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Toulouse* (3). — Mémoire sur quelques azotures nouveaux, et sur l'état de l'azote dans plusieurs combinaisons, t. XLV, p. 342. — Recherches sur les combinaisons oxygénées du chlore; mémoire lu à l'académie des sciences, le 8 février 1841, t. L, p. 285. — Note sur l'action de l'iode sur le chlorate de potasse, *ib.*, p. 300. — Note sur la préparation de l'acide bromhydrique, *ib.*, p. 306. — Note sur le bichlorure d'hydrogène et le bichlorure de plomb, *ib.*, p. 309. — Discours prononcé le 16 octobre 1841, à la distribution des prix du Val-de-Grâce, t. LI, p. 291. — Recherches sur l'acide nitrique, t. LII, p. 354.

MINÉRAUX. — Analyse de quelques minéraux trouvés dans les montagnes avoisinant Bougie et Constantine; par MM. *Estienne*, pharmacien en chef de l'armée d'Afrique, et *F.-M. Tripier*, pharmacien aide-major à la même armée, t. XLVI, p. 357.

Cinq échantillons ont été soumis à l'analyse.

---

(1) Admis à la retraite.

(2) Admis à la retraite.

(3) En ce moment pharmacien principal, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille.

I. Le premier, provenant des montagnes de la tribu de Beniche-Bida, aux environs de Bougie, est un fragment de cuivre gris, dépourvu de gangue, de la grosseur du poing. Ses principes constituants sont le soufre, l'antimoine, le cuivre, le zinc, le fer, l'arsenic et l'argent. C'est une combinaison du soufre avec chacun de ces divers métaux. L'argent en fait à peine la millième partie; la proportion du cuivre est de vingt pour cent. On ne peut fonder d'espérances sur la découverte de cette mine.

II. Trois échantillons d'une même substance, recueillis vers Constantine, sont de l'oxyde d'antimoine blanc, nacré, cristallisé en aiguilles réunies sous forme de houppes et d'aigrettes. Cet oxyde est accompagné d'une matière d'un jaune de soufre, autre combinaison d'antimoine et d'une proportion plus forte d'oxygène. A ces deux substances il faut ajouter une petite proportion d'arsenic. — Par la fusion avec un huitième de charbon, ce minerai a fourni soixante-douze pour cent de métal. La découverte d'une mine d'oxyde d'antimoine, dont le produit serait semblable à ces échantillons pourrait offrir des avantages réels.

III. Le dernier échantillon est une petite masse d'antimoine métallique, très brillant, à texture grenue. Il est désigné comme provenant de la fusion de la mine ci-dessus.

MOIZIN, *médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées* (1). — Discours prononcé le 11 août 1842, aux obsèques de M. le baron Larrey, t. LIII, p. 351.

MONARD, frères, *médecins ordinaires* (2). — Rapport sur les maladies observées à Alger en 1838, à l'hôpital militaire du Dey, t. XLVII, p. 193.

MOREAU, *chirurgien aide-major au 57e régiment de ligne* (3). —Observations de deux cas de mort subite, t. L. p. 75.

MORTS subites. — Des morts subites, t. L, p. 63.

Considérations générales. La mort a-t-elle lieu par les poumons, la circulation s'arrête dans ces organes; l'artère pulmonaire les cavités droites du cœur et les veines-caves sont gorgées de sang; les veines pulmonaires, les cavités gauches du cœur et

(1) Admis à la retraite, et décédé à Metz en 1849.

(2) Admis à la retraite.

(3) Aujourd'hui chirugien-major du 7e régiment d'infanterie légère.

l'aorte sont vides, ou ne renferment qu'une très-petite quantité de sang. La mort s'opère-t-elle par le cerveau, la respiration s'embarrasse, les poumons se congestionnent, puis le cœur cesse de battre, les veines méningiennes sont gorgées de sang; les poumons en renferment une quantité notable; enfin, on en trouve dans les cavités gauches et droites du cœur, mais particulièrement dans ces dernières. — La mort a-t-elle débuté par le cœur, les cavités droites et gauches sont remplies de sang; les poumons ne sont le siége d'aucune congestion, non plus que le cerveau.

1e Observation. — Cas de mort subite au milieu de la santé, en apparence la plus parfaite, suivi de considérations générales; par M. *Berton*, chirurgien aide-major de la gendarmerie de la Seine, t. L, p. 69.

2e et 3e Observations. — Deux cas de mort subite; recueillis par M. *Moreau*, chirurgien aide-major au 57e régiment de ligne, t. L, p. 75.

4e Observation. — Mort subite à la suite d'excès d'aliments; lésion du cerveau et du cervelet; par *M. Guerre*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Maubeuge, t. L, p. 88.

5e Observation. — Mort subite par apoplexie pulmonaire, recueillie par M. *Casimir Broussais*, t. L, p. 92.

MUSCLE.— Ossification de plusieurs muscles, t. XLV, p. 376 (*Voyez* Ossifications).

MURVILLE, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Lille.*— Observation de nécrose consécutive à une inflammation des parties molles environnant l'os, t. LVIII, p. 252. — Observation d'ostéite suppurante avec décollement du périoste, *ib.*, p. 260.— Observation de carie sterno-costale, *ib.*, p. 269.

N

NAUDET, *président de l'Académie des sciences morales*

et politiques. — Discours prononcé à la translation des restes mortels de *F.-J.-V. Broussais* au Val-de-Grâce, t. LVI, p. 377.

NÉCROLOGIE. — Discours prononcé aux obsèques de M. le baron Desgenettes, par M. *Broussais,* membre du Conseil de santé des armées, t. XLII, p. 1.

NÉCROLOGIE. — Annonce de la mort de M. Broussais, membre du Conseil de santé des armées, et relation de la cérémonie de ses obsèques, suivies de la lettre adressée à cette occasion par M. le Pair de France, Ministre sécrétaire d'État de la guerre, *Bernard*, à madame veuve Broussais, t. XLV, p. 385.

NÉCROLOGIE. — Discours prononcé au nom des membres du Conseil des armées, aux obsèques de M. F.-J.-V. Broussais; par M. le baron *Larrey*, t. XLV, p. 388.

NÉCROLOGIE. — Discours prononcé aux obsèques de M. F.-J.-V. Broussais, membre du Conseil de santé des armées, par M. *Gasc*, médecin en chef du Val-de-Grâce, t. XLV, p. 392.

NÉCROLOGIE. — Annonce de la mort de M. Fauché, membre du Conseil de santé des armées, décédé le 7 décembre 1839. Détails sur ses obsèques, t. XLVII, p. 398.

NÉCROLOGIE. — Discours prononcé le 10 décembre 1839 aux obsèques de M. Fauché; par M. *Brault*, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de perfectionnement, t. XLVII, p. 399.

NÉCROLOGIE. — Annonce de la mort de M. Lodibert, ancien pharmacien en chef d'armée, décédé le 23 janvier 1840. Détails sur ses obsèques, t XLVIII, p. 390.

NÉCROLOGIE. — Discours prononcé le 26 janvier 1840, aux obsèques de M. J.-A.-B. Lodibert, ancien phar-

macien en chef d'armée, par M. *P.-I. Jacob*, ancien pharmacien-major des armées, t. XLVIII, p. 391.

NÉCROLOGIE. — Notice sur M. Jacob (Claude), ancien pharmacien en chef d'armée; ancien premier professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, décédé le 5 Janvier 1841, t. L, p. 385.

NÉCROLOGIE. — Notice sur M. Aulagnier (Alexis-François), ancien médecin principal des armées; ancien inspecteur-général du service de santé de l'armée espagnole, t. LII, p. 399.

NÉCROLOGIE.—Annonce de la mort et détails des obsèques de M. le baron Larrey, membre du Conseil de santé des armées, décédé à Lyon, le 25 Juillet 1842, t. LIII, p. 347.

NÉCROLOGIE. — Discours prononcé le 11 août 1842, aux obsèques de M. le baron Larrey; par M. *Moizin*, Médecin-Inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, t. LIII, p. 351.

NÉCROLOGIE. — Discours prononcé sur la tombe de François Ribes, au nom de l'Académie de médecine, le 24 février 1845; par M. *L.-J. Bégin*, t. LVIII, p. 382.

NÉCROLOGIE. — Relation de la cérémonie des obsèques de M. Antonini, médecin en chef de l'armée d'Afrique, t. LIX, p. 400.

NÉCROLOGIE. — Discours prononcé sur la tombe de M. Antonini, (Jean-André) par M. *Casimir Broussais*, médecin en chef de la Salpétrière à Alger, *ib.*, p. 402.

NÉCROSE. — Observation de nécrose du tibia, t. LVI, p. 185 (*Voyez* clinique chirurgicale du Val-de-Grâce).

NÉCROSE.— Nécrose consécutive à une inflammation

des parties molles environnant l'os, t. LVIII, p. 252 et 255. (*Voyez* Chirurgie).

NÉCROSE. — Nécrose du crâne, t. LVIII, p. 272. (*Voyez* Chirurgie).

NITRATE D'ARGENT. — Emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'héméralopie, t. XLIX, p. 108. (*Voyez* Héméralopie).

O

ŒDÈME ÉLÉPHANTIASIQUE. — Observation d'œdème éléphantiasique de la main et de l'avant-bras gauches, traité et guéri par l'usage interne du sous-carbonate de potasse, aidé, à l'extérieur, par la compression méthodique; par M. *Philippe*, chirurgien-major, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon, t. LIV, p. 285.

Le fait suivant vient à l'appui de la théorie de l'action dissolvante des alcalis sur les principes albumineux et fibrineux. Un homme qui, pendant son enfance, avait eu de nombreuses épistaxis, les vit se supprimer brusquement; trois mois après il eut une affection de poitrine qui guérit rapidement. Au bout de peu de jours, la face dorsale de la main gauche se tuméfie considérablement et devient très douloureuse; le volume de cette partie double dans l'espace de 24 heures; puis la face palmaire, les doigts, le tiers inférieur de l'avant-bras se tuméfient à leur tour. — Fomentations résolutives. — Le sujet rentre en France. On emploie les frictions avec la pommade à l'iodure de potassium, les cataplasmes émollients, astringents. On croit à une collection profonde, et une incision pratiquée sur le dos de la main ne donne issue qu'à une sérosité sanguinolente extrêmement abondante, dont la quantité devient prodigieuse les jours suivants. — Compression. — On fait deux nouvelles incisions parallèles à la première, et la compression est continuée. La tuméfaction s'étend. — Fomentations de sureau, puis d'écorce de chêne et de ratanhia; ensuite frictions avec les teintures de scille et de digitale; boissons nitriques; potions scillitiques; enfin, boissons sudorifiques, fric-

tions mercurielles. — La tuméfaction dépasse l'articulation huméro-cubitale, et elle est telle que la peau semble menacer de se rompre. M. Philippe s'arrête à la pensée qu'il s'agit d'un obstacle à la circulation veineuse, et prescrit une potion gommeuse avec deux décigrammes de sous carbonate de potasse. Il applique, en outre, une compression méthodique avec gantelet. Trois jours après, le dégorgement était considérable, au point de surprendre le chirurgien. Au bout de quelques jours, le sous-carbonate de potasse fut porté à quatre décigrammes. En moins d'un mois la guérison était parfaite.

OEIL. — Extraction de l'œil gauche, t. LVII, p. 233 (*Voyez* Extraction).

OPHTHALMIES. — Analyse d'un mémoire manuscrit de M. Furnari, intitulé : Essai sur les causes, la nature et le traitement des ophthalmies en Afrique, t. LIV, p. 231.

Le travail de M. Furnari expose dans une série de chapitres les maladies ophthalmiques des Arabes, des Maures, des Juifs, des Européens. L'auteur signale chez les indigènes de l'Algérie, la longueur des cils, la hauteur verticale des paupières, la petitessse et la convexité du globe oculaire et de la cornée transparente, le rétrécissement habituel de la pupille ; l'abondance, la plasticité et la coloration foncée du *pigmentum* de la choroïde; la forme presque sphéroïdale du cristallin; enfin, la saillie et la rougeur prononcées des muscles de l'œil. A cette occasion, M. Furnari élève des doutes sur l'exactitude de la théorie qui explique les vues courtes ou longues par le degré de convexité de la cornée transparente. Le phlegmon oculaire présente en Afrique une intensité remarquable, et se termine souvent par la distension complète de l'œil. L'hydrophthalmie est fréquente chez les Maures. Les Juifs sont souvent atteints d'entropion et de trichiasis. Les Européens ont été atteints dans plusieurs localités d'ophthalmies épidémiques, dont quelques-unes paraissent à l'auteur avoir été causées par la viciation de l'air des casernes. Cet exposé est suivi de réflexions appartenant au Rédacteur.

ORAN. — Esquisse géologique sur le sol de la ville et des environs d'Oran ; par M. *Delestre*, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire d'Oran ; t. XLVI, p. 324.

Description d'Oran et de sa situation. — Le territoire ou la

banlieue d'Oran est à peu près triangulaire. Le sol de la vieille Casbah est un calcaire verdâtre pulvérulent, tendre, ne renfermant presque pas de fossiles. Le quartier de la marine repose sur un territoire d'alluvion. La colline de la nouvelle ville appartient au terrain tritonien. On y trouve quelques fossiles, tels qu'échinites, gryphites, huîtres, pectens; le revers ouest est très-abrupte. Le calcaire en est mou, se délitant facilement à l'air et par l'action des eaux; il est entrecoupé par des lits minces d'un calcaire plus dur, faisant de nombreuses crêtes ou saillies. Au sud de la ville, plusieurs carrières en exploitation laissent apercevoir la nature du terrain; ce sont des roches qui forment cette partie du sol. Le calcaire qu'on en retire est blanc et riche en fossiles; à la partie supérieure règne un lit mince d'un calcaire friable, crétacé, très abondant en empreintes de poissons. Au-dessous la masse forme un banc de quatres mètres d'épaisseur; on y remarque des dents de squale et de dermodonte, des tubulures contournées, irrégulières, produites par des serpules et autres tubicolées; il paraît composé d'une masses d'acicules unies par un ciment calcaire. — Opinions de quelques naturalistes sur la nature de ces fossiles. — A l'ouest, à la partie inférieure du mont Mazetta, on trouve de nombreuses ravines; quelques-unes offrent les caractères des couches supérieures du terrain crétacé, ou du moins, des couches inférieures du terrain tritonien; dans les autres, le sol est formé par des schistes tripoléens dont les feuillets sont diversement inclinés à la surface du sol, et par des couches schistoïdes de nature ferrugineuse. Le piton du fort Santa-Cruz appartient à une formation plus ancienne que les précédentes. A la base, du côté du sud, se trouve un massif terminé par un plateau élevé, et presque détaché de la montagne, offrant tous les caractères des terrains d'alluvion. Il est formé par des galets mêlés à des nodules d'une brèche osseuse, unie par de la terre calcaire végétale rouge. Au-dessus de ce plateau, on voit poindre à la surface du sol, un lit de schiste tripoléen. Le côté du nord-nord-ouest, présente des accidents variés; les coupes que l'on a dû faire dans le roc laissent voir des couches d'un calcaire schistoïde siliceux, toutes inclinées vers l'horizon.

Près de la route d'Oran à Merz-el-Kebir, sont des filons minces, isolés, de plombagine très lamelleuse, sans cohésion; par intervalles, on trouve des bancs de brèche osseuse, dont les nodules noirs sont unis par un ciment calcaire rouge. Sur cette route, au milieu de cette brèche osseuse, on a découvert à 66 mètres au-dessus du niveau de la mer, une grotte de coquillages du même genre que celle d'Uddevalle en Suède. — Détails sur ces coquillages, et conjectures sur la formation de leurs dépôts. — Au nord-est du ravin qui partage la ville, la côte présente d'abord une masse de rochers calcaires, recouverte par une couche de

terrain d'alluvion, assez chargé d'oxyde de fer. A cinquante pas du niveau de la mer, le niveau du sol, taillé à pic, est élevé à 200 mètres au-dessus de la mer. La masse de ce terrain est formée par des bancs de calcaire argileux, recouverts par une couche d'une espèce de grès coquillier, dont les fossiles sont les mêmes que ceux de la grotte de la route de Merz-el-Kebir. Cet escarpement se prolonge à l'est, et forme le revers sud du ravin nommé Ravin Blanc, dont le sol est une argile durcie. Au nord de ce ravin, il existe un escarpement fort remarquable. Il est formé d'une argile durcie, alternant avec des lits de carbonate calcaire terreux; le lit supérieur, recouvert par une terre végétale meuble, est une roche grésiforme coquillière. Au pied de cet escarpement est un amas de gros rochers, de gros débris de la roche qui le surmonte, dû probablement à une commotion, à un affaissement récent du sol. — A l'est d'Oran, il existe une immense carrière en exploitation, dont le calcaire est d'une formation analogue à celle du calcaire des carrières du ravin principal de la ville. Il présente, en allant de haut en bas : 1° un lit mince de calcaire crétacé, abondant en empreintes de poissons; 2° un banc de calcaire grossier sans fossiles; 3° un banc de calcaire coquillier d'une texture celluleuse et d'une dureté fort inégale. Il est impropre à la bâtisse. — L'auteur conclut que l'on chercherait vainement des mines de charbon de terre dans les environs d'Oran; mais qu'il serait facile d'y percer des puits artésiens dont les irrigations favoriseraient la fertilité du sol.

ORAN. — Maladies qui ont régné à Oran pendant les années 1838, 1839, 1840 et 1841, t. LII, p. 117, (*Voyez* Algérie).

— Traitement de la dysenterie d'Oran, *ib.*, p. 292 (*Voyez* Algérie).

ORAN. — Hépatite qui règne dans la province d'Oran, t. LV, p. 99 (*Voyez* Hépatite).

ORCHITE. — Mémoire sur un nouveau moyen de traitement de l'orchite; par M. *Songy*, chirurgien aide-major au 3e régiment de chasseurs d'Afrique, t. LIX, p. 290.

L'opinion régnante sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique, et qui a détrôné la théorie de la métastase, admet que l'inflammation testiculaire est due à l'extension de la phlogose uréthrale. De là, le traitement antiphlogistique, dont on ne peut

contester les succès. Toutefois, on dut se demander si les antiphlogistiques avaient part exclusivement à ces résultats, et si le repos, la position n'y étaient pas pour quelque chose. Ensuite, il est bien évident que la maladie est une inflammation; mais cette inflammation, à raison de la nature des tissus, se présente avec des caractères particuliers. Ce raisonnement conduisit les chirurgiens à tenter d'autres moyens. La compression, préconisée par M. Fricke de Hambourg, fut surtout vantée par MM. Velpeau et Ricord. Cependant, la plupart des praticiens sont restés fidèles au traitement antiphlogistique; mais il faut bien reconnaître qu'à l'armée, et souvent dans la vie civile, par suite de la nécessité pour le malade de cacher son mal, ce traitement est impossible. En route, la compression, de son côté, n'est pas tolérable. Que conclure de tout cela? Qu'il faut chercher un moyen capable d'amener la résolution promptement, et qui se trouve toujours à la disposition du chirurgien. Ce moyen existe, et depuis quatre ans, il n'a jamais failli à l'auteur: c'est le coton, qu'il a été forcé de remplacer, dans certaines localités d'Afrique, où il ne pouvait s'en procurer, par de la laine de mouton. A l'exemple de M. Vidal (de Cassis), M. Songy appelle orchite parenchymateuse, l'inflammation franche du tissu du testicule, et orchite membraneuse, les variétés désignées par les auteurs, sous les noms de vaginite et d'épididymite. C'est contre la variété membraneuse, qu'il propose l'emploi du coton, qui, suivant lui, plus que tous les autres moyens employés habituellement, remplit les conditions du repos absolu. Appliqué sur le scrotum, le coton produit presque instantanément un bien-être suivi d'une chaleur halitueuse, ce qui amène la résolution de l'épanchement séreux et de l'œdème. Il a pour avantages de maintenir dans la partie une température uniforme; de mettre cette partie à l'abri des frottements; de décomposer par son élasticité les mouvements auxquels le malade peut se livrer; de n'avoir pas besoin d'être renouvelé; d'être de l'application la plus simple, la plus facile; enfin, de permettre au malade de se livrer à ses occupations ordinaires. Mais quelques précautions sont nécessaires. Après avoir préparé un suspensoir qui s'adapte parfaitement aux parties, et l'avoir fixé autour du corps, on entoure le scrotum dans toute son étendue, depuis le périnée jusqu'à la racine de la verge, d'une couche de 3 à 4 centimètres de coton ou de laine épaisse, préparée de manière à offrir l'aspect tomenteux du coton en feuilles. Le suspensoir est abaissé, et les sous-cuisses sont placés. Le scrotum doit être relevé, et le testicule maintenu aussi près que possible de l'anneau. La tumeur, de verticale, devient ainsi horizontale, et la pesanteur n'a plus d'influence sur l'engorgement. Telle est la théorie. Suivent les faits: 1re *observation*. Urèthrite, suivie d'orchite. On prescrit les bains et les cataplasmes; soulagement. Le sujet part

de Lyon pour Paris ; à son arrivée, les accidents ont pris une grande acuité, ce qui désespère le malade qui a des affaires urgentes. M. Songy applique le coton d'après les règles ci-dessus. Au bout de quelques heures, la douleur devient presque nulle, et le malade peut vaquer à ses affaires; il fait des courses nombreuses. Quinze jours après, on lève l'appareil pour la première fois. Il ne restait qu'une légère induration de l'épididyme. 2e *observation.* Ici le coton est remplacé par de la laine de mouton. Cessation de la douleur dans l'espace de quatre heures ; le sommeil, interrompu depuis 3 jours, se prolonge jusqu'au lendemain matin. Au bout de 13 jours, disparition de tous les accidents, sauf une légère induration de l'épididyme. 3e *observation.* Orchite, suite d'uréthrite ; pansement avec de la laine de mouton ; guérison complète dans l'espace de 15 jours. 4e *observation.* Orchite, suite d'uréthrite ; pansement avec de la laine de mouton ; retour complet à l'état normal en 14 jours. 5e *observation.* Orchite traumatique ; même moyen ; guérison en 9 jours.

ORFILA, *doyen de la Faculté de médecine de Paris.*— Allocution prononcée à la translation des restes mortels de F.-J.-V. Broussais, au Val-de-Grâce, t. LVI, p. 379.

OSSIFICATION.— Note sur l'ossification de plusieurs muscles; analyse chimique de ces ossifications; par *M. Poggiale*, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, t. XLV, p. 376.

Un homme fut atteint à dix-huit ans de douleurs rhumatismales très intenses. Complètement privé de l'usage de ses membres, il fut admis comme incurable à l'hôpital général de Lille, où il a succombé à l'âge de 39 ans. Après la mort, on s'est assuré que plusieurs muscles étaient ossifiés. Les muscles particulièrement atteints par l'ossification étaient ceux de la tête, du thorax et des bras, du bassin et des cuisses.

Analyse chimique de ces ossifications. L'ossification examinée, provenant du biceps crural, était plus légère que l'eau ; composée d'une lame externe fine, facilement attaquable par le couteau. Cette lame était percée d'une grande quantité de petits canaux donnant passage aux vaisseaux nourriciers. — Détails de l'analyse qui ont fait reconnaître les proportions suivantes de :

Matière inorganique	42
Matière organique, décomposable par le feu	58
	100

En réunissant les divers éléments de l'analyse, on trouve :

Phosphate de chaux	32,09
— de magnésie	1,25
Carbonate de chaux	8,66
Cartilage soluble dans l'eau	53,30
Vaisseaux	4,70

L'analyse d'une partie de la boîte osseuse du crâne de ce sujet a démontré qu'il n'y avait pas de transport d'une partie des matières calcaires des os dans les muscles. — Tableau comparatif de l'analyse des os d'homme, d'après Berzélius, et de celle dont on énonce les résultats.

OSTÉITE. — Ostéite suppurante avec décollement du périoste, t. LIII, p. 260. (*Voyez* Chirurgie).

OXACIDE — Note sur un nouvel oxacide du soufre; par *M. Langlois*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. LII, p. 317.

Les faits principaux de ce mémoire sont les suivants :

Le bisulfite de potasse, traité par le soufre, à une douce chaleur, produit un hyposulfite dont la nature n'avait pas été bien reconnue. — Procédé de l'auteur pour se le procurer. — Cet hyposulfite, désigné par M. Langlois sous le nom de *sulfhyposulfate*, a des propriétés caractéristiques : exposé à l'action de la chaleur, de l'acide sulfureux se dégage, du soufre devient libre, et il reste du sulfate neutre de potasse ; il se précipite par les dissolutions des sels de baryte et de plomb ; son acide peut être isolé au moyen de l'acide perchlorique. L'acide sulfhyposulfurique se distingue de tous les autres acides du soufre, par la propriété de se changer en acide sulfureux, en acide sulfurique et en soufre, sous l'influence de la chaleur.

OXYCHLORURE.— Remarques sur la formation et la composition de l'oxychlorure d'antimoine cristallisé; par *M. Langlois*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. XLV, p. 368.

Dans la préparation du gaz hydrogène sulfuré avec le sulfure d'antimoine et l'acide hydrochlorique, on obtient une dissolution acide de protochlorure d'antimoine. Cette dissolution versée dans une grande quantité d'eau, produit un précipité blanc, volumineux, appelé autrefois poudre d'Algaroth ; c'est l'oxychlorure d'antimoine, dont la composition semble varier suivant qu'il est resté plus ou moins de temps en présence de l'eau. Si, au lieu de

laver, comme on le fait ordinairement, le précipité volumineux avec une petite quantité d'eau, on le laisse sur le filtre en contact avec ce liquide durant deux ou trois jours, il s'affaissera beaucoup, et se transformera complètement en cristaux aiguillés. — Caractères des cristaux et théorie de leur formation. La moyenne de quatre expériences a donné les proportions suivantes de la composition de l'oxychlorure d'antimoine :

Protochlorure d'antimoine	14,49
Protoxyde d'antimoine	85,51

OXYDO-CHLORURE DE MERCURE. — t. LVII, p. 255. (*Voyez* Bichlorure de mercure).

P

PALLAS (Emmanuel), *médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer* (1). — Expériences sur quelques plantes textiles du nord de l'Afrique, susceptibles d'être employées à la fabrication du papier, t. LII, p. 330.— Nouvelle recherches sur le maïs, faites en Afrique en 1838, *ib.*, p. 350. — De l'influence des feuilles sur la fécondation des végétaux en général, et sur celle du maïs en particulier, t. LV, p. 310. — Note additionnelle au mémoire ayant pour titre : De l'influence des feuilles sur la fécondation des végétaux en général, et sur celle du maïs en particulier, t. LVI, p. 345.

PANARIS. — Remarques pratiques sur le panaris, et nouvelles observations sur l'efficacité de la pommade mercurielle pour le guérir ; par M. *Martin*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Colmar, t. LVII, p. 147.

Le 57e régiment de ligne faisait partie, à la fin de 1833, de l'armée d'observation réunie sur les frontières d'Espagne, et prit ses cantonnements dans le pays des basques de la Soule, hommes robustes et actifs, ayant un genre de vie très excitant, et sujets aux inflammations externes : érysipèles, anthrax, hémorrhoïdes. Au bout de quelque temps, les soldats se trouvèrent dans des

(1) Décédé.

conditions hygiéniques analogues à celles de leurs hôtes, et ne tardèrent pas à en subir les conséquences. L'état sanitaire du régiment s'améliora; mais le surcroît d'énergie vitale dont les hommes étaient animés, détermina bientôt, aux approches de l'été, une réaction du centre à la circonférence, réaction qui suivit la progression de la chaleur, et qui se manifesta par des éruptions dartreuses, des boutons hémorrhoïdaux, etc. De toutes ces affections, la plus commune fut le panaris, dont la fréquence, pendant le printemps et l'été de 1834, fut remarquable. Il occupait en général les doigts, se montrait assez souvent à la face palmaire des mains, et parfois aux parties antérieure de l'avant-bras et interne du bras. Presque tous les cas furent graves; la gangrène, l'exfoliation des tendons, la carie des phalanges en furent plusieurs fois le terme. La réaction était vive, et parfois menaçante. Les émollients, les narcotiques, les saignées générales et capillaires, les incisions abortives furent souvent infructueux. Le panaris suppurait toujours, et la guérison en était lente. L'épidémie diminua en automne et cessa en hiver, soit par la cessation des travaux agricoles auxquels beaucoup de soldats prenaient part et pendant lesquels ils étaient exposés aux piqûres et contusions, soit par suite du refoulement des matériaux nutritrifs de la circonférence au centre. L'épidémie se reproduisit au mois de mars suivant (1835). A cette époque, M. Martin employa, d'après un récent article du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, la méthode de M. Serres d'Alais, consistant dans l'emploi d'onctions mercurielles à court intervalle. Voici le résumé des faits. 1e *Observation* : gonflement survenu depuis quatre jours sans cause connue à la paume de la main; douleur pulsative continue, rougeur, chaleur, tension, engorgement douloureux de l'avant-bras, du bras et des ganglions axillaires. Fièvre, céphalalgie, insomnie. On emploie inutilement les émollients, les narcotiques et les saignées capillaires. On recourt à la méthode de M. Serres d'Alais. Soulagement dès l'après-midi. Amélioration très notable le lendemain. On continue l'emploi des onctions mercurielles, et dans l'espace de six jours la résolution est complète. 2e *Observation*. Dans ce cas, la maladie datait de huit jours, et les onctions mercurielles eurent seulement pour effet de favoriser la réunion du pus en foyer, le dégorgement des parties voisines, et la cicatrisation de la plaie résultant de l'ouverture de la tumeur. Guérison dans l'espace de huit jours à partir du jour cette ouverture. 3e *Observation*. Tumeur phlegmoneuse à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras. Les accidents locaux sont intenses; fièvre, insomnie. On fait des onctions à intervalles plus rapprochés que ne le prescrit M. Serres, et suivies de cataplasme. Guérison en deux jours. Frappé de ce résultat si prompt, l'auteur eut l'idée d'expérimenter les onctions à intervalles d'un

quart d'heure sans cataplasme, et les onctions plus rapprochées et plus prolongées suivies de l'application d'un cataplasme émollient. 4e *Observation.* Panaris de la face palmaire du médius droit, suite de piqûre. Onctions mercurielles tous les quarts d'heure pendant deux heures. Au bout de deux jours, la douleur et les autres symptômes n'ont pas sensiblement diminué. Onctions toutes les cinq minutes, pendant deux heures matin et soir, et suivies de l'application d'un cataplasme émollient. Cessation prompte de la douleur. Résolution le quatrième jour. 5e *Observation.* Tumeur phlegmoneuse très douloureuse de la main existant depuis trois jours; fièvre, insomnie, etc. On fait la même épreuve que dans le cas précédent, et le résultat est pareil. 6e *Observation.* Panaris du creux de la main gauche, chez une femme. Souffrances cruelles. Spasmes généraux fréquents. La tumeur s'ouvre naturellement sur deux points; peu de soulagement. On fait les onctions comme ci-dessus, elles sont difficilement supportées, puis elles peuvent être faites même avec une certaine force; ce qui les rend plus efficaces, suivant une remarque générale de l'auteur. La douleur se calme dès le premier jour; l'écoulement du pus devient plus facile, et au bout de trois jours, la guérison est complète. 7e, 8e, 9e et 10e *Observations.* Ce sont des cas dans lesquels l'emploi des onctions mercurielles à la manière de M. Martin, ont été aussi promptement efficaces que dans les faits précédents. La dixième observation est très remarquable en ce que la lésion consistait dans une plaie par instrument piquant de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index.

Il est digne de remarque que le panaris cessa d'être épidémique dès que le régiment eut quitté ses campements et repris les habitudes et le régime de la vie militaire. Les faits dont il est question dans ce travail peuvent être résumés ainsi : *Relativement aux causes*, les exercices violents, la chaleur atmosphérique, et surtout un régime excitant ont favorisé le développement de la maladie, dont il n'y eut pas d'exemple parmi les officiers soumis à un régime plus doux, et qui se montra fort rarement parmi les basques espagnols, plus sobres que les basques français; *relativement à son caractère*, la maladie offrit une évidente malignité; enfin, *relativement au traitement*, les moyens ordinaires échouèrent, et les frictions mercurielles eurent une grande efficacité, surtout à la manière de M. Martin. Suit un tableau qui porte sur les 101 cas de panaris observés par l'auteur dans un espace de 16 mois. Sur ces 16 mois, 6 (juin, juillet et août des deux années les mois les plus chauds), comptent à eux seuls 57 cas. Cette particularité, l'intensité des accidents, leur plus grande durée pendant ces mois plus chauds, prouvent l'influence de la température sur le développement de la maladie. Il y eut en 1834, 55 exemples de panaris; les moyens ordinaires furent employés avec énergie;

néanmoins, d'une part, la durée de la maladie fut longue ; de l'autre, pas une tumeur ne se termina par résolution, et il y eut des suites graves : gangrène, perte d'une phalange, etc. Dans l'année suivante, 48 phlegmons se présentèrent ; et, grâce aux onctions mercurielles, on nota 27 cas de résolution et pas un seul des résultats fâcheux que l'on avait eu à regretter l'année précédente. Il résulte aussi du tableau statistique, que les onctions par la méthode de M. Serres, *modifiée*, ont eu l'avantage de beaucoup sur la méthode primitive. (Ces faits sont relevés et commentés dans une note à la suite, par l'un des Rédacteurs du *Recueil*).

PAPIER fabriqué de plantes textiles du nord de l'Afrique, t. LII, p. 330. — (*Voyez* Plantes textiles).

PAPILLON, *chirurgien-major au 7e de ligne* (1). — De la nécessite d'une ventilation continue pour la salubrité des casernes, et d'un moyen simple de l'effectuer, t. XLIX, p. 257.

PARISE, *chirurgien sous-aide major* (2). — Observation de luxation incomplète en avant, du pied sur l'astragale; suivie de considérations sur les luxations antérieures du pied; recueillie dans le service de *M. Godard*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles, t. LVI, p. 219.— Observation de fracture multiple de la face. Fracture du fémur gauche. Mort trois mois après l'accident. Description et histoire des fractures et des accidents survenus, *ib.*, p. 281.— Observation de blessure par arme à feu dans le creux poplité, *ib.*; p. 295.

PARISET, *Secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine*. — Discours prononcé le 21 août 1841, à l'inauguration de la statue de F.-J.-V. Broussais, t. LI, p. 326.

---

(1) Actuellement chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Belfort.

(2) En ce moment chirurgien aide-major, professeur à l'hôpital militaire de Lille.

PARTIES GÉNITALES. — Maladies des parties génitales de l'homme et de leurs dépendances, t. XLV, p. 17. (*Voyez* Maladies)

PASCAL (J.-J.), *médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg* (1). — Des moyens propres à arrêter les épidémies de variole, t. XLVI, p. 197.— Observation de perforation de l'estomac, t. XLVII, p. 173.— Observation de volvulus considérable du gros intestin, déterminant simultanément une gastro-entérite et une péritonite, *ib.*, p. 179. — Recherches sur la structure intime des poumons de l'homme, t. XLIX. p. 1. — Coup-d'œil statistique sur l'état sanitaire de Strasbourg, particulièrement en 1839, comparé, sous quelques rapports, à celui des principales villes du monde, t. LI, p. 1. — Coup-d'œil statistique sur l'état sanitaire de Strasbourg, (suite), t. LIII, p. 3.

PASSY (H.), *Président de l'Académie des sciences morales et politiques.*— Discours prononcé le 21 août 1841, à l'inauguration de la statue de F.-J.-V. Broussais, t. LI, p. 324.

PERFORATION DE L'ESTOMAC. — Observation de perforation de l'estomac; par M. *J.-J. Pascal*, médecin en chef et premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. XLVII, p. 173.

Un malade entre en 1829 à l'hôpital de Metz, avec les symptômes d'une gastro-bronchite qui est combattue par les moyens appropriés. Tout-à-coup, vomissement de matières noires, bilieuses. Un gonflement notable de l'abdomen se manifeste, et dès le lendemain, le malade avait cessé de vivre. A l'autopsie on trouve un épanchement considérable dans les deux plèvres et dans le péritoine, et enfin une perforation de l'estomac à sa paroi supérieure, correspondant au diaphragme. (L'auteur ne dit pas s'il y avait correspondance entre le péritoine et la plèvre.)

N. du R.

PÉRICARDITE ET ENCOCARDITE. — Leur coïnci-

(1) Aujourd'hui médecin principal à l'hôpital militaire de Bayonne.

dence avec le rhumatisme articulaire, t. XLV, p. 183. (*Voyez* Rhumatisme articulaire).

PÉRIOSTOSE.— t. LVIII, p. 233, 236, et 239. (*Voyez* Chirurgie).

PERRIER (Jules) *médecin adjoint à l'hôpital militaire de la rue de Charonne* (1). — Observation de concrétions polypiformes, ou polypes du cœur, anasarque; symptomatique; mort par hémorrhagie cérébrale, absence de signes regardés comme inséparables de l'apoplexie sanguine, t. LIII. p. 50.

PEYSSON, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon* (2). — Analyse d'une lettre écrite par lui au Conseil de santé des armées, sur l'emploi de la saignée générale dans le traitement de la dyssenterie hémorrhagique, t. XLVII, p. 377.—Mémoire sur la dyssenterie; méthode aussi simple que facile de la guérir en peu de temps, t. XLVIII, p. 248.

PHILIPPE, *chirurgien-major, chirurgien en chef de l'hôpital de Toulon* (3). — Observation d'œdème éléphantiasique de la main et de l'avant-bras gauches, traité et guéri par l'usage interne du sous-carbonate de potasse, aidé, à l'extérieur, par la compression méthodique, t. LIV, p. 285.— Calcul urinaire multiple, du poids de 50 grammes, extrait du prépuce d'un jeune Arabe, âgé de 7 à 8 ans, t. LV, p. 226.

PHILIPPEVILLE.— Topographie médicale de Philippeville, t. LII, p. 208. (*Voyez* Algérie).

PHIMOSIS. — Note sur un nouveau mode d'opération

---

(1) Actuellement médecin ordinaire à l'hôpital militaire de perfectionnement.

(2) Décédé en 1848.

(3) En ce moment chirurgien principal à l'hôpital militaire de Bordeaux.

du phimosis; par M. *A.-F. Malapert*, chirurgien-major au 12e regiment de chasseurs, t. XLIV, p. 312.

L'opération du phimosis, telle qu'elle est pratiquée encore généralement, a pour résultat un lambeau pendant, gênant et difforme. L'avantage du procédé de l'auteur est de laisser à l'organe sa forme naturelle. Deux incisions au prépuce et une au filet constituent ce procédé. On fait asseoir le sujet devant soi, et l'on trace à l'encre un point sur chaque région latérale et un peu supérieure de la zône antérieure du prépuce, à dix millimètres en arrière de son bord libre. Avec une pince, on soulève légèrement à côté du lieu à inciser, et on introduit à plat le bistouri dont on fait sortir la pointe au point marqué à l'encre, puis on incise en baissant la main et en tirant à soi. Même conduite du côté opposé. Ensuite, renversant un peu le prépuce en arrière, à l'aide de ciseaux, on achève de couper la muqueuse autant que la peau, et l'on débride le frein dans l'étendue de cinq millimètres. L'écoulement du sang arrêté, on renverse tout-à-fait le prépuce, et on fait le pansement. Il est essentiel de laisser le prépuce renversé derrière le gland jusqu'à parfaite cicatrisation. Le résultat du procédé est tel que nulle trace de l'opération et de la difformité ne subsiste.

Le Rédacteur du *Recueil* indique en *note* un procédé qu'il a employé vingt fois, peut-être, et qui exclut pareillement toute difformité. Il consiste à fendre d'abord toute l'épaisseur du prépuce, à la face dorsale, et à abattre les deux angles de l'incision. Le prépuce est ensuite porté en arrière, et la muqueuse qui n'obéit pas à ce mouvement, est divisée jusqu'à la base du gland. La peau est ensuite ramenée en avant sur cette plaie qui reste cachée, et la cicatrice se fait sans la moindre difformité, comme il a été dit.

PHOSPHORE. — Note sur l'action du phosphore sur une solution alcoolique de potasse; par M. *Poggiale*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, t. LVIII, p. 371,

En faisant bouillir du phosphore dans une dissolution de potasse, on obtient du phosphore d'hydrogène, qui s'enflamme spontanément à l'air. Si on se sert d'une dissolution de potasse dans l'alcool, les phénomènes sont tout autres. Le gaz qui se dégage alors très-abondamment n'est plus spontanément inflammable à l'air, et donne pour produits, quand on le fait détoner avec l'oxygène dans l'eudiomètre à mercure, de l'acide phosphorique, de l'acide carbonique et de l'eau. La présence de l'acide carbonique

dans les produits de la combustion, a fait supposer qu'il se formait dans cette circonstance un gaz particulier, appelé par M. Grotthus phosphore d'hydrogène carboné. — Des nombreuses expériences de l'auteur, on peut tirer les conclusions suivantes : 1° le gaz, qui résulte de l'action du phosphore sur une solution alcoolique de potasse, est formé de vapeur d'alcool, d'hydrogène, de phosphure d'hydrogène et d'une très-petite quantité du carbure d'hydrogène; 2° Il ne se forme pas, dans cette expérience, de phosphure d'hydrogène carboné; 3° le phosphure d'hydrogène étant mêlé dans la première période de l'opération avec une proportion considérable d'hydrogène, ce procédé ne doit pas être employé pour la préparation du premier de ces gaz ; 4° le phosphore, qui reste liquide à la température ordinaire, après l'avoir fait bouillir avec une solution alcoolique de potasse, n'est pas un phosphure d'hydrogène liquide; 5° le phosphure d'hydrogène qui se dégage du phosphore liquide quand on le fait bouillir sous l'eau privée d'air, est produit par la potasse et le phosphure de potassium qui sont mêlés avec le phosphore ; 6° ce phénomène que l'on observe dans d'autres circonstances, parait tenir à un changement particulier qu'éprouve l'agrégation du phosphore; 7° le gaz qui se forme pendant la préparation du phosphore est uniquement composé d'hydrogène, de carbure d'hydrogène, d'oxyde de carbone, d'acide carbonique, de phosphure d'hydrogène et de vapeurs de phosphore en proportions très-variables.

PHTHISIE PULMONAIRE. — Mémoire sur cette question, proposée par le Conseil de santé des armées : Rechercher les causes du fréquent développement de la phtisie pulmonaire parmi les soldats, et les moyens de prévenir et de traiter plus efficacement cette maladie; par *M. Charles-Pierre Godélier*, médecin-adjoint, professeur de pathologie interne à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. LIX, p. 1.

Chapitre I. Examen de la question. Chapitre II. *Fréquence relative de la phthisie dans la population civile et dans l'armée.* La population de l'Angleterre et du pays des Galles était en 1838 et 1839 de 15,553,860 habitants. La moyenne des décès causés par phthisie entre ces deux années était de 59,282 ; hommes, 28,021 ; femmes, 31,261. Quant à la population mâle de 20 à 30 ans, l'auteur pense que sa mortalité par phthisie doit s'élever, en Angleterre à 69 décès, à Genève à 60 décès sur 10,000 habitants. Pour l'armée anglaise, la moyenne générale des décès,

pour toutes les troupes, de toutes les races, dans les diverses possessions britanniques, aurait été de 78 décès sur 1,000 hommes, et de 65 décès par 1,000 dans le Royaume-Uni. L'auteur infère de ces divers documents, avec quelques restrictions, qu'il est à présumer « que le soldat est un peu moins exposé à la phthisie « pulmonaire que les hommes du même âge de la population ci- « vile, mais que la différence pourrait être comblée ou agrandie « par l'examen de faits nouveaux. »

L'auteur examine la fréquence relative de la phthisie chez les militaires observés dans différentes conditions, et il arrive aux conclusions suivantes : 1° les soldats entrés au service avec une bonne constitution, entretenus par des exercices continuels et variés, sont moins exposés que le reste des troupes à la tuberculisation pulmonaire et aux autres maladies ; 2° à constitution également bonne, les moindres chances de mortalité et de phthisie sont du côté des hommes qui mènent la vie la plus active. La moindre fréquence de la phthisie pulmonaire n'est que probable. Le séjour en Afrique paraît favorable aux troupes européennes. L'influence des lieux de naissance est inconnue. L'officier est beaucoup moins exposé à la phthisie que le soldat. Parmi les soldats des différentes armes, l'avantage demeure à ceux qui ont la meilleure constitution, le meilleur mode d'exercice et la meilleure hygiène. Pour diminuer de plus en plus la mortalité du soldat et le développement de la phthisie, il faut mieux choisir le soldat, assainir les casernes, améliorer le régime alimentaire, rendre la vie de garnison plus active.

PINGRENON, *chirurgien-major du* 15e *régiment d'artillerie. — Pontonniers* (1). — Observation d'artérite obturante suivie de gangrène, t. LIV, p. 306.

PLAIE. — Observation de plaie présumée du cœur, suivie de guérison; par *M. Henry*, chirurgien sous-aide, t. XLIX, p. 156.

Un jeune artilleur reçut un coup de couteau poignard dans la région du cœur. Il tomba perdant le sang à flot par la plaie, et rendit l'urine et les matières fécales involontairement; on le porta à l'hôpital de Strasbourg. Pâleur extrême de la face, qui est grippée et convulsée, lividité des lèvres, froid glacial des membres;

---

(1) Aujourd'hui chirurgien principal à l'hôpital militaire de Toulon.

anxiété, respiration lente, haute, difficile; pouls à peine sensible. La plaie qui existe à un pouce au-dessus du téton gauche, est parallèle aux côtes, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, et longue de trois centimètres. Elle ne laisse point sortir d'air. L'arme était entrée entre les 4e et 5e côtes. Matité plus étendue que dans l'état normal à la région précordiale. On entend le bruit respiratoire. Les bruits du cœur sont à peine perceptibles. — Réunion de la plaie; frictions chaudes; cataplasmes chauds aux pieds. Infusion de tilleul. — La circulation se ranime. Vers le soir, hémorrhagie abondante à la suite d'efforts pour vomir. Dans la position horizontale et le repos, il n'y a qu'un suintement; mais, au moindre mouvement, et surtout si le blessé fait un effort, le sang sort comme d'un robinet. On réunit de nouveau la plaie et l'on comprime fortement. Saignée de 360 grammes, qui diminue l'anxiété. La saignée est renouvelée le soir, 180 grammes. M. Bégin explique aux élèves comment il a lieu de penser qu'il s'agit d'une blessure du ventricule droit. Le 5, lendemain de l'accident, on fait cinq saignées, et on applique cinq ventouses scarifiées pour combattre une douleur vive développée dans le flanc gauche. Le 6, la nuit a été calme; deux saignées. Le 7, physionomie plus calme, presque plus d'anxiété, mouvements du cœur moins tumultueux, respiration assez facile, pouls accéléré. Repos absolu; le plus léger mouvement est interdit. Saignée de 300 grammes. Le 8, continuation du mieux; engourdissement dans le bras gauche, besoin d'aller à la selle. 3 bouillons. Lavement huileux. Le 9, le pouls est plus fréquent que la veille, peut-être à cause de l'appareil durci par le sang desséché, et dont le malade se plaint vivement. Le pansement est renouvelé. Le trajet de la plaie est réuni; ses bords sont encore écartés; il règne de la matité dans une étendue de 10 centimètres environ à l'entour, dans tous les sens. Bruit de râpe pendant les contractions ventriculaires. Application d'un appareil semblable au premier, mais moins serré. Saignée de 150 grammes. Le 14, on donne de la semoule et des pruneaux. Guérison le 15 janvier. L'accident avait eu lieu le 4 décembre précédent. — Les plaies du cœur ne sont pas aussi constamment mortelles qu'on l'avait cru. On possède des exemples de guérison, alors même que les cavités de cet organe avaient été ouvertes ou même traversées. Les blessures des oreillettes offrent moins de chances de guérison que celles des ventricules. Plus la blessure sera étroite et oblique, plus elle pourra facilement être oblitérée par les caillots sanguins, et ensuite cicatrisée. La mort survient: 1° par hémorrhagie; 2° par oppression de la circulation ou par compression du cœur; ce fut le cas du duc de Berry; 3° par cardite ou péricardite aiguë, ou par détachement du caillot par l'effet de la suppuration; 4° par la séparation instantanée et accidentelle du caillot obturateur, à

l'occasion d'un effort musculaire, d'une colère violente, etc.; c'est ainsi qu'on a vu mourir des blessés dont la guérison paraissait assurée; 5° enfin, par suite d'altérations organiques consécutives à la plaie, tels qu'adhérences, lésions valvulaires, etc. Dans les grandes plaies du cœur, l'art est impuissant, dans celles de moindre dimension, on peut prolonger la vie par des saignées réitérées. Lorsque l'ouverture est très petite, on a chance de guérir par les saignées et le repos absolu. Le malade ne doit pas boire au-delà de sa soif. Le traitement doit être continué pendant très long-temps, ainsi que la surveillance après la guérison.

PLAIE. — Observation de plaie pénétrante de poitrine; par *M. S****, t. LI, p. 254.

Lorsque les plaies pénétrantes de poitrine s'accompagnaient d'hémorrhagie abondante, il était prescrit, dans l'ancienne chirurgie, de tamponner l'ouverture traumatique, de la bourrer avec assez de force pour retenir le sang. Quelques jours après on cherchait à faire sortir le liquide épanché à l'aide de profondes inspirations et même de l'aspiration directe; on réitérait ces manœuvres, et l'on poussait dans la poitrine des injections détersives dans l'intention de modifier la surface pyogénique.

Depuis trois siècles, tous les efforts de la chirurgie ont eu pour effet, sur ce point important, de rendre les opérations et les pansements plus rationels. D'abord on supprima les explorations dans le cas douteux de pénétration; puis on cessa d'entretenir ouvertes les plaies simples; ensuite on rejeta les tentes et les canules aussitôt que les solutions de continuité tendaient à se cicatriser; plus tard, les aspirations et les injections irritantes furent proscrites, et l'on arriva à cette règle : dans toute plaie pénétrante de poitrine, avec hémorrhagie provenant de la lésion du poumon ou des vaisseaux intérieurs, réunissez immédiatement la solution de continuité; cherchez à obtenir la résorption de l'épanchement; et, si celui-ci détermine des accidents consécutifs, pratiquez à sa partie la plus déclive une ouverture pour lui donner issue, en évitant l'introduction de l'air dans la cavité thoracique.

On doit à M. Larrey d'avoir mis la dernière main à cette partie si intéressante du traitement des lésions traumatiques.

Voici le fait qui a inspiré ces réflexions.

Un soldat reçut un coup de pointe de sabre qui pénétra dans le côté droit de la poitrine, entre la cinquième et la sixième côtes, divisa l'artère intercostale, et effleura seulement le poumon. L'épanchement interne était évident; le chirurgien après avoir fait sortir la plus grande quantité possible du sang épanché, par

la ponction et les fortes inspirations commandées au malade, tamponna la plaie en y introduisant une compresse bourrée avec de la charpie. A l'arrivée du malade à l'hôpital, une saignée lui fut faite pour calmer la suffocation et l'anxiété.

Le lendemain le tampon ayant été ôté, il s'écoula par la plaie une grande quantité de sang décomposé, mêlé de pus et de sérosité. On fit des injections émollientes et chlorurées qui provoquèrent de la toux et l'expulsion de matières brunâtres et purulentes.

Ce genre de pansement, continué pendant deux mois, sembla d'abord devoir être suivi de succès ; mais la suppuration devint subitement très abondante, et le malheureux blessé succomba par suite d'épuisement.

A l'autopsie, plèvres costale et pulmonaire du côté droit, d'une teinte violacée, épaisses d'au moins trois millimètres, adhérentes entre elles ; poumon rétracté, presque complètement hépatisé.

Cet exemple doit prouver aux chirurgiens l'importance qu'il y a à prévenir l'inflammation pleuro-pulmonaire par l'occlusion de la plaie et en s'abstenant de placer des corps étrangers dans son intérieur et dans son trajet. Viennent ensuite les saignées générales et locales, les révulsifs, le repos et la diète. Lorsque cette médication reste insuffisante, il est nécessaire de pratiquer une contre-ouverture pour évacuer la collection, à moins que la plaie ne soit située dans la portion déclive du thorax. Les injections et les corps dilatants sont pour les organes intérieurs des causes incessantes d'irritation.

PLAIE. — Plaie par arme à feu, t. LV, p. 238 (*Voyez* Chirurgie).

PLAIE. — Plaie de la face avec fracture de la base du crâne et des os maxillaires, produite par un coup de feu, t. LVI, p. 191 (*Voyez* Clinique chirurgicale du Val-de-Grâce).

PLAIE, avec lésion partielle d'une des moitiés de la moelle épinière, t. XLIX, p. 325. (*Voyez* Clinique chirurgicale).

PLAIES. — Plaies par instrument tranchant, t. LV, p. 235. (*Voyez* Chirurgie).

PLAIES DU COL. — Traitement des plaies du col, t. LIX, p. 232 (*Voyez* Suture).

PLANTES TEXTILES. — Expériences sur quelques plantes textiles du nord de l'Afrique, susceptibles d'être employées à la fabrication du papier; par M. *E. Pallas*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer, t. LII, p. 330.

Le nombre et le volume de quelques plantes qui croissen en Afrique, la quantité considérable de substance filandreuse qui les constitue, font concevoir à l'auteur la possibilité de les appliquer à la fabrication du papier.

1o *Agave americana*. Croît abondamment aux environs d'Alger et sur toute la côte du nord de l'Afrique. — Description botanique et anatomique de cette espèce. — Le tissu ligneux se rencontre dans le centre de la feuille. — Examen chimique de la feuille d'agave. — Détails sur la fabrication du papier de cette plante. — La filasse de l'agave peut remplacer le chanvre dans la fabrication des cordes, de la toile d'emballage, des bretelles, des bourses, etc.

2o *Cactus opuntia*. Considérations botaniques sur le genre cactus, composé de plus de trente espèces, croissant toutes dans les pays chauds, et description du cactus opuntia. Usages auxquels il est employé. Son fruit appelé figue de Barbarie, contient une quantité notable de sucre cristallisable. — Préparation de la substance ligneuse du figuier de Barbarie qui doit être pilée, macérée au lait de chaux, rouie avant d'être convertie en papier. — Cent parties de substance ligneuse ont produit :

Papier fabriqué brut	40
» blanc	25

3o *Urtica dioïca* Cette espèce acquiert en Afrique un beaucoup plus grand développement qu'en France. Quatre de ses tiges vertes pèsent 865 grammes. Cent parties vertes d'ortie dioïque, pilées, réduites en pulpe, lavées à plusieurs reprises, ont produit quatre parties et demie de filasse blanche et sèche. De cette filasse on obtient un bon papier, blanc, solide, offrant toutes les qualités de celui qui provient de chiffons. — M. Pallas pense qu'une fabrique de papier établie en Afrique, pourrait tirer un grand parti des plantes textiles qui y croissent en très grande abondance et qui ne coûteraient que la peine de les récolter.

POGGIALE, *pharmacien-major, professeur à l'hôpital*

militaire d'instruction de Lille (1).— Note sur l'ossification de plusieurs muscles; analyse chimique de ces ossifications, t. XLV, p. 376. — Relation des accidents causés par la foudre, tombée, le 5 septembre 1838, sur la caserne Saint-Maurice, à Lille, t. XLVI, p. 345.— Analyse chimique de deux calculs salivaires, t. XLVII, p. 369.— Note sur les fonctions de l'eau dans la germination, t. L, p. 329.— Mémoire sur la solubilité des sels dans l'eau, t. LIV, p. 361. — Deuxième mémoire sur la solubilité des sels dans l'eau, t, LVI, p. 311. — Note sur l'action du phosphore sur une solution alcoolique de potasse, t. LVIII, p. 371. — Mémoire sur les sels aloïdes doubles, t. LIX, p. 319.— Nouveau composé de brome et de bore ou acide bromoborique et bromoborate d'ammoniaque, t. LX, p. 306.

POILS. — Note sur l'irritation que les poils peuvent produire lorsqu'ils agissent comme corps étrangers ; par M. Judas, médecin ordinaire, secrétaire du Conseil de santé, t. LVII, p. 105.

Lorsqu'il agit sur nos tissus, ce presque rien, un poil, peut exciter des désordres graves. La science en possède des exemples. Souvent les poils très ténus de la caroncule lacrymale, deviennent l'occasion d'une inflammation très vive et opiniâtre. Albinus a le premier cité un cas de ce genre. Il est moins rare de voir des ophthalmies produites par des cils renversés, quelquefois imperceptibles. Cette action irritante des poils, a été parfois mise à profit par des simulateurs. M. Sauvé, chirurgien aide-major, démissionnaire, a adressé au conseil de santé, l'observation de deux condamnés militaires qui s'étant fait passer sur les côtés de la rotule, deux longues aiguilles suivies chacune de cheveux que l'on eut soin de couper à leur sortie de la peau, et à leur entrée, furent pris d'une inflammation violente du tissu cellulaire du genou. La *Gazette médicale* (n° 37, 1842) contient la relation de deux faits qui ont été observés en Italie, par MM. Malagodi et Gaddi. Dans le premier, un poil ayant tout-à-fait l'apparence

(1) Actuellement professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

des soies de porc, dont les cordonniers font usage, fut extrait de dessous la peau de la région dorsale du pied. Dans le second, un poil ayant, selon toute vraisemblance, appartenu à une brosse, fut également retiré de dessous la peau du dos du pied. La question fut de savoir si le poil, dans ces deux cas, était entré par la peau ou avait été ingéré avec les aliments. M. Malagodi admet la première hypothèse, et M. Gaddi la seconde. Dans le cas de M. Judas, qui fait le sujet de la note, un poil existait dans l'épaisseur de la peau de la plante du pied, chez un officier, qui en éprouvait de vives douleurs. M. Judas ayant enlevé avec un bistouri une couche d'un durillon qui faisait saillie dans le même point, vit le poil et le retira; c'était un poil de la jambe, long de 25 millimètres, tombé dans la botte de cet officier, qui, pour la route, avait cessé de porter des chaussettes. Si le même cas s'était présenté chez un soldat, peut-être en l'absence de tout signe extérieur, aurait-on pu croire à une simulation. Il est bon d'en être prévenu.

POITRINE. — Observation de plaie pénétrante de poitrine t. LI, p. 254 (*Voyez* Plaie).

POIRSON, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou* (1). — Observation d'une tumeur adipeuse et fibreuse, située à la région fessière du côté droit, développée à la suite d'une lésion traumatique, opérée avec succès, t. XLIII, p. 360.

POLYPES DU COEUR, t. LIII, p. 50. (*Voyez* Concrétions polypiformes).

POMMADE MERCURIELLE. — Efficacité de la pommade mercurielle dans le traitement du panaris, t. LVII, p. 147. (*Voyez* Panaris).

POMMADE SOUFRÉE. — Emploi de la pommade soufrée dans une épidémie de variole, t. LIII, p. 172 (*Voyez* Etat sanitaire du 6e régiment de dragons).

POMMADE STIBIÉE. — Observations sur l'emploi de

---

(1) Admis à la retraite et décédé.

la pommade stibiée en friction dans le traitement des fièvres intermittentes; recueillies dans le service de M. le docteur Peysson, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon; par M. *Avisard*, chirurgien aide-major au 42e régiment de ligne, t. XLII, p. 356.

— *Première Observation. — Fièvre intermittente quotidienne, chronique, guérie par l'emploi de la pommade stibiée en friction.*

Un malade entre en 1835 à l'hôpital militaire de Lyon, pour une fièvre intermittente rebelle, contractée en Afrique, et plusieurs fois récidivée. Il est traité par la pommade stibiée, administrée en frictions sur les cuisses. Dès le troisième jour de ce traitement, la fièvre disparait, et le malade sort, dit l'auteur, *parfaitement guéri et sans rechute*, le huitième jour.

— *Deuxième observation. — Fièvre quarte rebelle, guérie par l'emploi de la pommade stibiée en friction.*

Le traitement ci-dessus indiqué est employé de nouveau, et donne lieu encore aux résultats les plus satisfaisants.

POMMIER, *chirurgien-major* (1). — Rapport sur l'état sanitaire du 6e régiment de dragons, en garnison à Fontainebleau, pendant les six premiers mois de l'année 1841, et sur l'emploi de la pommade soufrée dans une épidémie de variole qui a sévi sur ce régiment, t. LIII, p. 172. — Observation de fragment d'os arrêté dans l'œsophage; propulsion du corps étranger dans l'estomac, *ib.*, p. 227. — Observation de fragment d'os arrêté dans l'œsophage; troubles nerveux; propulsion du corps étranger dans l'estomac; guérison; *ib.*, p. 233. — Extraction d'un kyste synovial, t. LVII, p. 248.

POTASSE CAUSTIQUE. — Son emploi dans le traitement de la gale, t. XLIV, p. 316. (*Voyez* Gale).

---

(1) Admis à la retraite.

POULLAIN (Isidore) *chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lyon* (1). — Mémoire sur le traitement des entorses, t. LIX, p. 246.

POUMONS. — Recherches sur la structure intime des poumons de l'homme ; par M. *J.-J. Pascal*, médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. XLIX, p. 1.

L'auteur déduit d'un grand nombre d'expériences auxquelles il s'est livré, les propositions ci-après : le poumon se compose d'un arbre *aérifère*, d'un tissu vésiculaire, d'une *artère pulmonaire*, des veines pulmonaires, d'artères et de veines bronchiques, de vaisseaux lymphatiques, de nerfs, de fibres musculaires étendues entre les extrémités des cerceaux bronchiques, et le long des bronches, d'une capsule pulmonaire, et enfin de la plèvre. L'arbre aérifère constitue le squelette de l'organe. Chaque lobule est formé par un groupe distinct de vésicules sphéroïdales. Les divisions de l'artère pulmonaire embrassent la périphérie des lobules; les veines pulmonaires naissent du centre des lobules. Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, les altérations miliaires du poumon résultent de l'affection isolée des vésicules pulmonaires. L'aspect granuleux dépend également de l'affection primitive des vésicules. Dans l'hépatisation rouge et grise, les vésicules sont affectées en masse. Chez le plus grand nombre des phthisiques offrant des granulations, les vésicules affectées sont plus ou moins isolées. Dans la splénisation, l'absence de granulations semble tenir à ce que le sang s'est accumulé sans travail phlegmasique. Les tubercules résultent de l'altération en masse du lobule pulmonaire.

POURRITURE D'HOPITAL. — Du traitement de la pourriture d'hôpital par le vésicatoire; par M. *Rambaud*, chirurgien aide-major, chargé du service des vénériens à l'hôpital militaire de Versailles, t. XLIV, p. 362.

L'auteur est *mercurialiste ;* il donne, de préférence, le sublimé à la dose d'un seizième de grain par jour, pendant quatre à six semaines ; les frictions, quand il y a recours, sont faites à la dose

---

(1) Décédé en 1849.

d'un demi-gros par jour, et ne sont pas continuées plus longtemps. Voici comment il traite le bubon : S'il n'y a point fluctuation, il le couvre avec un vésicatoire; s'il y a fluctuation, il l'ouvre avec un bistouri, perpendiculairement au pli de l'aine, si la peau n'est point décollée, avec la pâte de Vienne dans le cas contraire. Dans le cas d'engorgement atonique, les moxas réussissent toujours. Quant au traitement de la pourriture d'hôpital, les sangsues sur la plaie, et aux alentours, sont le moyen qui lui a le mieux réussi; mais il n'est pas exempt d'inconvénients; le vésicatoire, au contraire, lui paraît destiné à réussir dans tous les cas. On rase le pourtour de la plaie, qui est recouverte d'un plumasseau de charpie fine, surmonté lui-même d'un emplâtre de diachylon dépassant les bords de deux millimètres environ. On étend ensuite sur la partie un vaste vésicatoire, qu'on laisse en place pendant huit ou vingt-quatre heures, et auquel on substitue un cataplasme. Dès le deuxième ou, au plus, le troisième jour, la plaie se déterge et devient vermeille; la peau, très souvent décollée, redevient adhérente, et la cicatrisation marche avec rapidité. En général, le vésicatoire volant suffit; dans le cas contraire, on panse la plaie avec la pommade au garou. Si la plaie ne peut être avivée, on applique un nouveau vésicatoire. M. R. a étendu cette méthode au traitement des décollements simples dans les bubons. On pourrait aussi l'appliquer au traitement des abcès froids après leur ouverture. — Suivent six observations propres à démontrer les bons effets du traitement dont il s'agit. Dans la dernière, au lieu de protéger la plaie, le chirurgien de pansement s'était appliqué à ce qu'elle fût entièrement en contact avec le vésicatoire. Aussi le résultat fut-il moins promptement heureux que dans les autres cas. — Le rédacteur du *Recueil*, dans une note, engage les officiers de santé à expérimenter ce traitement; il se demande s'il aurait la même efficacité dans toutes formes de pourriture d'hôpital, et si les complications ou concomitances d'irritations viscérales ne pourraient pas exercer quelque influence sur ses résultats.

PROSOPALGIE. — De la prosopalgie traumatique. Rapport au Conseil de santé sur des observations de M. le docteur Maupin, chirurgien-major; par M. *Marchal* (de Calvi), t. LV, p. 266.

Ce travail est divisé en trois paragraphes. Le premier comprend une observation de M. Maupin, et cinq observations analogues, plus des réflexions. Dans l'observation de M. Maupin, il est question d'un homme qui, ayant reçu, au commencement de l'année 1841, une forte contusion sur le haut de la tête, ne se

ressentit pas d'abord de cet accident, et éprouva ensuite une douleur vive, irradiant du point central, et des accidents nerveux divers et généralisés. Un grand nombre de moyens furent employés sans résultat. Enfin, M. Bégin fit une incision sur le centre des irradiations douloureuses, point de départ de tous les accidents, et la douleur locale, aussi bien que les symptômes éloignés, avaient disparu avant même la complète cicatrisation de la plaie. Suivent cinq observations : l'une de Maréchal (Thèse de M. Hamel. Tome xv de la collect. in-8° des thèses de Paris.), trois de Pouteau, et la dernière de Ravin. Viennent ensuite des *Réflexions*, dans lesquelles l'auteur du Mémoire analyse ces différents faits, qui tous, à part l'un des cas de Pouteau, au sujet duquel il émet quelques réserves, lui paraissent des cas de névralgie trifaciale par cause traumatique. Dans l'observation de M. Maupin, il montre la douleur se propageant latéralement ou par récurrence le long des rameaux du nerf trifacial. Il explique de même le trouble de la vision, de l'audition, etc. Dans l'observation de Maréchal, la douleur s'étendait des rameaux du sous-orbitaire aux rameaux frontaux, pariétaux et temporaux de la même paire. Dans la première de Pouteau, la douleur irradie du dessus de l'oreille, à l'œil et au front du même côté; mais, de plus, il y avait paralysie générale, dysphagie, dyspnée, bégaiement, mutisme, tous accidents qui se dissipèrent dans l'espace d'une demi-heure, par suite d'une incision pratiquée sur le point de la tête, qui, longues années auparavant, avait été atteint d'une forte contusion. La troisième observation de Pouteau offre la plus grande analogie avec celle de M. Maupin ; et celle de Ravin, très intéressante, est aussi un cas de névralgie trifaciale par cause traumatique, donnant lieu à des accidents nerveux très intenses, et ayant cessé également par l'effet d'une longue incision sur le point de la tête qui avait été contus.

Le second paragraphe comprend une observation de M. Maupin et une de M. Ricord, suivies de réflexions par l'auteur du Mémoire. Dans l'observation de M. Maupin, on voit un homme qui portait une cicatrice à la tête, suite d'une plaie produite dans une chute faite huit ans auparavant, tomber et perdre connaissance subitement ; conserver pendant quelque temps un embarras de la parole, et de l'hébétude; éprouver, à onze mois de la, un accès analogue, attribué, comme le premier, à une compression cérébrale, et, successivement, plusieurs autres accès de plus en plus rapprochés, pendant l'un desquels il se brûle les mains profondément à un poêle rougi sans revenir à lui. Après le quatrième accès, la cicatrice de la tête, jusque-là insensible, devient extrêmement douloureuse. Le premier accès avait duré de six à sept heures, les autres durèrent douze, vingt-quatre, trente,

trente-six et même quarante-huit heures. L'état du malade était fort grave. Un huitième accès se déclare. M. Bégin, encouragé par son premier succès, fait une entaille qui dépasse de plusieurs millimètres les deux bouts de la cicatrice. Le lendemain, le malade a repris connaissance, et, deux mois après, il sort de l'hôpital parfaitement guéri. Dans le cas de M. Ricord, des douleurs vives, intolérables, avec éblouissements, tintements d'oreilles, se liaient à une cicatrice, suite d'une plaie contuse. M. Lisfranc enleva la cicatrice, et la guérison radicale s'ensuivit. M. Marchal (de Calvi), dans ses réflexions sur ces deux observations, fait ressortir ce qu'il y a de remarquable dans ces sortes d'accès apoplectiformes, avec perte absolue du sentiment et du mouvement, accès liés, évidemment, à une simple névralgie de quelques rameaux du trifacial inclus dans une cicatrice. Il note que, dans le cas emprunté à M. Ricord, le point de départ siégeait sur l'occipital : ce qui veut dire que la névralgie passait du nerf occipital, fourni par la deuxième paire cervicale, aux branches frontales et temporales du trifacial, mode de propagation qui a été observé dans la névralgie non traumatique. L'auteur cite le fait d'un filet nerveux de la jambe renfermé dans le cal d'une fracture compliquée, et donnant lieu à des douleurs plus vives, à mesure que la consolidation s'avançait; de sorte que le malade mourut épuisé par ces souffrances. Il rappelle des exemples analogues consignés dans la *clinique* de Larrey, ou empruntés à d'autres auteurs. Il croit à la nécessité de maintenir, après l'incision, les lèvres de la plaie écartées pour éviter le rétablissement de l'action nerveuse.

Le troisième paragraphe comprend l'indication d'une dernière observation de M. Maupin, relative à un cas de perte de substance de la boîte crânienne. Chaque fois que le sujet s'enivrait, le cerveau faisait effort contre la plaque protectrice. Il en résulta, à la longue, une encéphalite et la mort. Il en était de même, sous l'influence de l'excitation sexuelle, chez un homme qui avait également une perte de substance du crâne, et qui portait une perruque à trame métallique. Ce dernier cas a été communiqué par M. Labadie à M. Marchal, qui prend occasion du premier fait pour exposer une théorie de l'*ivresse*.

PUITS FORÉ. — Analyse de l'eau du puits foré de l'hôpital militaire de Lille, t. LVII, p. 265 (*Voyez* Eau).

Q

QUININE (Sulfate de). — Note sur la préparation du

sulfate de quinine, et observation sur la non-existence des carbonates de quinine et de cinchonine; par M. *Langlois*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. XLV, p. 372.

Dans la préparation du sulfate de quinine, M. Langlois s'est servi, pour épuiser le quinquina, d'eau aiguisée, tantôt avec l'acide sulfurique, tantôt avec l'acide hydrochlorique. Dans les deux circonstances, il a obtenu la même quantité de quinine, mais il a employé, par le premier mode, plus d'alcool que par le second, et la perte de ce liquide fut en raison directe de la quantité employée. L'expérience démontre qu'en employant l'acide hydrochlorique, on fera une économie très sensible d'alcool.

Les chimistes ne parlent pas de l'action de l'acide carbonique sur les alcaloïdes. Berzélius dit pourtant que le carbonate de cinchonine s'obtient par double décomposition, au moyen d'un sel soluble de cette base et d'une solution de carbouate de potasse. La décomposition s'opère, en effet; il se produit un précipité blanc qui fait une légère effervescence avec les acides faibles : ce qui indique réellement l'existence d'un carbonate. L'effervescence ne s'observe que lorsque le sel de potasse a été ajouté en excès. Quelques essais ont convaincu l'auteur que ce phénomène était déterminé par du carbonate de potasse retenu, malgré les lavages réitérés, dans la cinchonine. Les sels de quinine, décomposés par une solution de carbonate de potasse, donnent des résultats semblables à ceux obtenus avec les sels de cinchonine. M. Langlois conclut que l'acide carbonique ne se combine pas non plus aux autres bases organiques.

R

RAGE. — Cas de rage chez un cheval; par M. *Lacger*, chirurgien-major, t. LX, p. 236.

On a contesté l'existence de la rage en Afrique. Un cheval, mordu entre les naseaux par un chien enragé, mourut, au bivouac de Hanif, en décembre 1845, après avoir présenté des symptômes qui furent considérés comme ceux de la rage.

Le rédacteur du *Recueil* rappelle *en note*, contre l'opinion qui nie l'existence de la rage en Afrique, un cas de rage communiquée, observé sur un cheik, en Algérie, par le docteur Lelouis.

RAMBAUD, *chirurgien-aide major, chargé du service*

des vénériens à l'hôpital militaire de Versailles (1). — Du traitement de la pourriture d'hôpital par le vésicatoire, t. XLIV, p. 362.

RÉCLAMATION. — Réclamation de *M. Maillot*, ancien médecin en chef de l'hôpital de Bone, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, relative à un passage du mémoire de M. Gassaud, inséré dans le 48e volume de ce recueil, t. XLIX, p. 96.

Dans un travail publié dans le 48e volume du *Recueil des Mém. de méd. milit.*, M. Gassaud avait exprimé la pensée que l'exagération des doses de sulfate de quinine à l'hôpital de Bone avait donné lieu à des colites ulcéreuses mortelles, et à de nombreuses évacuations de malades sur les hôpitaux d'Alger. M. Maillot rappelle que sur les 11,593 malades admis à l'hôpital de Bone pendant qu'il y était médecin en chef, fort peu ont été évacués sur Alger; que le sulfate de quinine, donné par lui à des doses que n'avaient point osé employer ses prédécesseurs, a donné les résultats les plus satisfaisants, et que cette innovation thérapeutique était dictée par une meilleure appréciation des fièvres pseudo-continues, dans lesquelles on s'obstinait à voir antérieurement des affections *réellement continues*. M. Gassaud a d'ailleurs oublié de prouver son assertion.

RECLAMATION de *M. Gassaud*, en réponse à celle de M. Maillot, t. L, p. 239.

L'auteur persiste à soutenir que 65 malades ont été évacués de Bone dans son service à Alger; qu'ils étaient dans un état déplorable; que plusieurs d'entre eux périrent en peu de temps, que d'autres furent évacués sur France. Ajoutons cependant qu'il ne prouve pas : 1° que les malades évacués sur Alger provinssent du service de M. Maillot; 2° que les colites ulcéreuses constatées à l'autopsie aient eu pour cause l'abus du sulfate de quinine.

RÉGION PÉRINÉALE. — Recherches anatomiques sur la région périnéale; par *M. Gama*, chirurgien aide-major au 57e régiment de ligne, t. XLVI, p. 69.

---

(1) Décédé.

Un des points les plus importants de l'histoire de la taille sous-pubienne est celui qui se rapporte à la situation des vaisseaux relativement au raphé et à l'anus. Les anatomistes sont loin d'être d'accord sur un point aussi important. L'auteur a fait des recherches à ce sujet, et il a trouvé le bulbe :

à 4 lignes de l'anus,	3 fois.
à 5	9
à 6	12
à 7	5
à 8	6
à 9	1
à 10	5
à 11	1
à 12	1

Les artères transverses ont été trouvées :

à 5 lignes de l'anus,	1 fois.
à 6	1
à 7	6
à 8	5
à 9	5
à 10	7
à 11	1
à 12	8
à 13	3
à 14	0
à 15	2

La distance moyenne du bulbe à l'anus est de 7 lignes 4/23 ; la distance moyenne des artères transverses au même point de 9 lignes 9/23.

Les artères honteuses superficielles du périnée ont été rencontrées en dehors du triangle formé par les muscles ischio et bulbo-caverneux, 42 fois; un peu rapprochées de la ligne médiane de ce triangle, 3 fois; au milieu même de ce triangle, 1 fois.

Les artères transverses ne plongent pas à la partie tout à fait postérieure du bulbe, comme on le croit, mais à une ou deux lignes en avant et en s'approchant de la face supérieure du renflement. Elles se dirigent en avant et en dedans, mais quelquefois suivent une marche tout à fait transversale. Une direction que les auteurs n'ont pas indiquée, et qui se montre assez souvent, est la direction *oblique en dedans et en arrière*. M. Velpeau prétend que la honteuse superficielle fournit assez souvent les transverses du périnée ; l'auteur n'a vu cette anomalie que deux fois. Le plus souvent, les artères transverses naissent au niveau des muscles du même nom; mais il y a des variétés à cet égard, et l'auteur les a

vues naître près des tubérosités sciatiques. M. Malgaigne, qui fixe à 9 lig. 9/23 la distance des artères transverses à l'anus, conseille, dans la taille latéralisée, de commencer l'incision à 12 lignes de l'anus. Mais, de cette manière, il est difficile d'éviter le bulbe, et, à supposer qu'il puisse être repoussé à droite, la transverse gauche n'est pas moins exposée. Il vaudrait mieux repousser le bulbe directement en avant. Par l'incision demi-circulaire de Dupuytren, passant à 5 lignes en avant de l'anus, on évite souvent le bulbe et toujours les artères transverses, à moins d'anomalie. L'artère transverse ne se divise pas en plusieurs branches, comme le croit M. Velpeau ; mais quelquefois la honteuse interne fournit plusieurs transverses dont la plus grosse pénètre toujours dans le bulbe. Une autre erreur de M. Velpeau est de prétendre que l'artère transverse doit être coupée dans la lithotomie, quelque précaution que l'on prenne. Le même professeur regarde, à tort, comme insignifiante l'hémorrhagie produite par la section de ce vaisseau. La honteuse superficielle, accolée au muscle ischio-caverneux, par conséquent en dehors du triangle parcouru par l'instrument, est rarement blessée. Quant à la honteuse interne, il faut une grande ignorance pour l'atteindre, hors le cas d'anomalie, très-rare. Enfin, relativement au bulbe, au lieu de chercher à l'éviter, en le portant à droite, ou en commençant l'incision à gauche du raphé, il vaut mieux l'inciser lui-même, si toutefois sa position ne permet pas de commencer l'incision en arrière de lui, et cela afin de diviser les vaisseaux qui s'y rendent dans leurs rameaux et non dans leur tronc.

L'auteur conclut de ses recherches : 1° que l'on ne doitpas, chez l'adulte, s'éloigner de plus de neuf lignes de l'ouverture anale, si l'on veut éviter les artères transverses ; 2° que la honteuse superficielle ne peut être coupée qu'autant qu'il y a anomalie, ou que le chirurgien porte l'instrument trop en dehors, soit par oubli des règles prescrites, soit pour se conformer aux préceptes de Boyer et de Béclard ; 3° que le bulbe est d'autant plus rapproché de l'anus qu'on l'observe chez des hommes plus avancés en âge ; que, rarement lésé chez l'enfant, il l'est constamment chez le vieillard, à moins qu'on n'ait recours à la taille bilatéralisée, qui peut, chez eux, entraîner la lésion du rectum ; 4° que l'artère du bulbe ne se porte pas seulement en dedans ou en avant, comme le veulent les auteurs, mais souvent encore d'avant en arrière ; 5° que chez les vieillards, où il est presque impossible d'agir en arrière du bulbe, on doit le diviser plutôt que le pousser à droite, ou porter l'instrument sur le côté gauche du raphé ; 6° que la honteuse interne est tout à fait à l'abri de l'instrument, à moins d'une déviation imprévue et très-rare ; 7° Enfin, que si, à l'exception de quelques points, ces rap-

ports anatomiques ont été indiqués par les anatomistes et par les chirurgiens ; ils sont, d'un autre côté, si diversement décrits et entourés de tant d'incertitudes, que l'on ne peut en avoir une idée bien exacte, si l'on n'a recours à des recherches directes.

RENARD (A.), *chirurgien aide-major au 44e régiment de ligne*(1).— Observation d'abcès du foie, suite d'hépatite aiguë, mort le onzième jour, t. LV, p. 126.

RÉPONSE. — Réponse au mémoire de M. Corbin, chirurgien aide-major au 19e léger, intitulé : Notice sur les eaux thermales de Bourbonne, par M. *Ad. Aulagnier*, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Barèges, et inspecteur par intérim ; médecin ordinaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, adressé au Conseil de santé des armées, t. LI, p. 153.

En opposition avec les opinions émises par M. Corbin, l'auteur soutient les propositions suivantes : 1° l'action salutaire des eaux n'est pas toujours immédiate ; 2° il ne faut user des eaux minérales que lorsqu'il y a nécessité, et après avoir pris l'avis d'un médecin compétent ; 3° l'emploi des eaux réclame de grandes précautions ; enfin, l'auteur répète avec M. Patissier, que *les eaux soulagent souvent, guérissent quelquefois et consolent toujours.*

RÉSULTATS des concours et listes des candidats couronnés. (Voyez Hôpitaux militaires d'instruction).

RETRÉCISSEMENT INTESTINAL.— Note sur un cas de rétrécissement intestinal par une bride péritonéale ; par M. *A. Bertherand* (de Bazeilles), professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. LVII, p. 186.

Les adhérences sont une conséquence fréquente de l'inflammation des séreuses; tantôt elles sont étendues en largeur, tantôt en longueur ; dans ce dernier cas, elles sont fixées par leurs deux extrémités, formant une espèce de pont, ou libres par l'un des bouts. Baillie explique la formation des adhérences par le changement de la lymphe inflammatoire en membrane, et telle est aussi, à peu de chose près, la doctrine de M. Cruveilhier. Ces deux au-

(1) Actuellement chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Calvi.

teurs sont d'accord pour expliquer, par les tiraillements inces sants des viscères l'élongation des adhérences sous forme de brides. M. Rostan a publié l'observation d'un étranglement intestinal par une bride de forme circulaire due à une appendice épiploïque. M. Bertherand admet que les brides peuvent se former par l'adhérence d'une appendice épiploïque à un point quelconque de la surface péritonéale primitivement irrité. Dans un fait de M. Rostan, l'appendice vermiculaire du cœcum s'était implanté sur le rectum. Dans le cas de M. Bertherand, l'adhérence a dû se produire par ce second mécanisme. La bride, verticale à peu près dans sa direction, s'implantait, d'une part, supérieurement vers la moitié de l'S du colon, de l'autre, elle venait se fixer dans le cul-de-sac recto-vésical; c'est-à-dire que les points d'attache étaient trop éloignés pour que la bride eût pu s'établir par le mécanisme indiqué en premier lieu. Le sujet avait 23 ans. Il fut pris d'une diarrhée légère, suivie de symptômes de péritonite, puis d'une tumeur inguinale qui suppura à la longue, et que l'on prit pour une adénite vénérienne, malgré les protestations du malade. Au bout de quelque temps, un abcès se développa dans la fosse iliaque correspondante. — Coliques; longues constipations; fréquentes envies de vomir.—On ne pouvait douter qu'il n'existât un obstacle au cours des matières fécales. A l'autopsie, on reconnut que l'abcès iliaque se rattachait à une carie du sacrum. Il importe de remarquer, relativement à la production de l'étranglement, que le kyste purulent occupait plus du tiers de la cavité du grand bassin : ce kyste ayant refoulé l'intestin grêle, celui-ci à son tour poussa la bride qui, étant retenue inférieurement, attira en bas l'S du colon; de là, brisure de cet intestin, accumulation des matières, dilatation dans un sens, compression dans l'autre, production d'un anneau constricteur par l'induration des tuniques intestinales, et les accidents propres à la rétention des matières fécales dans le tube digestif.

RHUMATISME ARTICULAIRE. —Observations sur la coïncidence du rhumatisme articulaire avec la péricardite et l'endocardite, suivies de quelques réflexions sur les adhérences du péricarde, et sur la nature du rhumatisme articulaire; par *M. Cazeneuve*, chirurgien-aide-major au 14e de ligne, t. XLV, p. 183.

L'auteur rapporte plusieurs observations dont il tire les conclusions suivantes : 1° La coïncidence de la péricardite, de l'endocardite avec le rhumatisme est un fait acquis à la science; mais cette coïncidence n'est pas aussi fréquente que le croit M. Bouil-

laud; 2° le point du cœur le plus souvent affecté est celui qui, par son organisation, se rapproche le plus du tissu séro-fibreux articulaire; 3° c'est à la similitude de tissu qu'il faut demander compte de cette coïncidence; 4° les adhérences immédiates générales des deux séreuses du péricarde peuvent être diagnostiquées; 5° les rhumatismes musculaire et articulaire sont de même nature; 6° Le rhumatisme est tantôt une irritation nerveuse, tantôt une véritable phlegmasie avec ses terminaisons ordinaires; 7° l'altération du sang, considérée comme cause du rhumatisme, est une hypothèse peu admissible; 8° cette altération du sang est tout au plus une prédisposition; 9° le traitement doit varier suivant que l'irritation est bornée au tissu nerveux, ou qu'il existe une fluxion, une phlegmasie.

RIBES (François) *médecin principal en retraite.* — Discours prononcé sur sa tombe, le 24 février 1845, par M. *L.-J. Bégin*, au nom de l'académie de médecine, t. LVIII, p. 382.

RIETSCHEL, *médecin ordinaire* (1). — Note sur la topographie médicale de la ville de Médah, et sur les maladies qui y ont régné pendant les mois d'avril, mai, juin, août et septembre 1841, t. LV, p. 180.

ROCHEFORT. — Topographie médicale de Rochefort; par *M. Joseph-Emile Cornay*, LIX, p. 206.

Rochefort, fondée en 1666, est située dans le département de la Charente-Inférieure, à un myriamètre est de la mer, sur la rive droite de la Charente; elle est bâtie sur un tertre élevé, formé par un rocher de carbonate calcaire surmonté d'une couche d'argile. La ville ne renferme aucun foyer d'infection. Au nord-est, on rencontre des marais desséchés; au sud-ouest d'autres marais, de sept mille hectares d'étendue. Description des vents et de leur influence. La mortalité est de 1 décès sur 45 habitants dans les marais doux; de 1 sur 33 dans les marais desséchés et mal entretenus, ou non desséchés; de 1 sur 20 dans les marais salants; de 1 sur 29 dans l'arrondissement de Rochefort. L'auteur termine en passant rapidement en revue les moyens d'assainir cette ville.

RODES (E.) *médecin-adjoint à l'hôpital de S.-Denis* (2).

---

(1) En ce moment médecin en chef de l'hôpital de Tenès.

(2) Actuellement médecin adjoint à l'hôpital militaire d'Oran.

— Analyse du sang et observations de maladies dans lesquelles la diminution de la fibrine par rapport aux globules favorise la production des hémorrhagies, t. LIX, p. 179.

ROLLET, *médecin ordinaire* (1). — Observation de méningite épidémique (Extrait d'un mémoire), t. LIV, p. 40. — Observation de méningite épidémique. Forme intermittente. (Extrait du même mémoire), *ib.*, p. 58. — Observation de méningite épidémique. Cas très-grave ; coma alternant avec les convulsions, cyanose, trismus; fréquentes réactions; évacuations sanguines larges et répétées; cautérisations transcurrentes; guérison. (Extrait du même mémoire), *ib.*, p. 181.

ROTULE. — Nouveau bandage pour le traitement des fractures de la rotule, t. LIII, p. 286 (*Voyez* Bandage).

ROUCHER, *préparateur de chimie au Val-de-Grâce* (2) .— Note sur la préparation du bichlorure de mercure et sur un nouvel oxydo-chlorure de ce métal, t. LVII, p. 255.

ROUGEOLE. — Mémoire pour servir à l'histoire des complications de la rougeole ; par M. *Faure-Villar*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, t. XLVI, p. 241.

L'auteur résume lui-même son mémoire dans les termes suivants : 1° inégalité de répartition et d'intensité de la maladie dans les diverses armes à Versailles; 2° Immunité des corps en garnison à Rueil; 3° Ravages plus considérables parmi les hommes nouvellement incorporés. L'autopsie montre les sinus cérébraux

---

(1) Aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux.

(2) Actuellement pharmacien aide-major, professeur à l'hôpital d'instruction de Strasbourg.

gorgés de sang; membrane muqueuse bronchique d'un rouge vineux; poumons sains et crépitants; concrétions polypiformes dans les cavités du cœur.

ROUSSEL, *chirurgien aide-major au 1er régiment d'artillerie* (1). — Observation de fracture comminutive du tibia, traitée par l'appareil inamovible à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg, t. XLVII, p. 282.

RULH, *médecin-adjoint* (2).— Mémoire sur l'hygiène de l'homme de guerre dans le nord de l'Afrique, t. XLIX, p. 203.

RUPTURE. — Observation d'une rupture de la cavité cotyloïde, suite d'une chute sur le côté externe de la cuisse; par M. *Gama*, chirurgien-aide-major au 57e de ligne, t, XLV, p. 309.

Toutes les fois qu'une chute a lieu sur le grand trochanter, si l'effort opéré par le poids du corps s'exerce suivant l'axe du col fémoral, celui-ci pourra résister, et alors, ou il s'enfoncera dans la substance spongieuse de l'extrémité supérieure de l'os, ou la tête fémorale brisera la cavité cotyloïde et pénétrera dans le bassin. — Un pompier tombe d'une hauteur de dix-huit pieds environ sur d'énormes poutres. On le transporte vers quatre heures du matin au Val-de-Grâce. Il n'existe aucune déviation dans la direction des membres, aucun raccourcissement apparent. Les moindres mouvements imprimés à la cuisse droite occasionnent de vives douleurs. Le lendemain, peu de douleur. Le blessé mange et descend au jardin avec des béquilles. C'était le 10 mai. Le 11 et le 12, rien de notable. Le 13, douleurs épigastriques. Le 14, abattement, taciturnité. Douleur vive dans la cuisse contuse; plaque rouge gangreneuse à sa partie externe et superieure Mort le 20. Autopsie: Rien à la tête. Épanchement sanguinolent dans la plèvre droite. *Membre pelvien droit.* Il est doublé de volume; distension énorme de l'abdomen; rougeur livide de la hanche et de la cuisse. L'épiderme est détaché ou sur le point de l'être dans toute cette étendue. Une couche purulente de plus de

(1) Décédé.
(2) Décédé.

six lignes d'épaisseur, sous-cutanée, s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure jusque vers le milieu de la jambe. Entre les muscles grand et moyen fessiers se trouve une nappe de sang coagulé, mêlé de pus en quelques points. Les intestins sont distendus par des gaz. Une couche de sang occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal dans les fosses iliaques et le petit bassin. Il en est de même pour les faces postéro-supérieures de la vessie. A droite, sous la gaîne du psoas, on voit une tumeur conique, à base supérieure, occupant presque toute la fosse iliaque, et qui, ouverte, donne issue à une espèce de bouillie de sang et de pus formée par le ramollissement des muscles psoas-iliaque. Après avoir détaché la vessie, on découvre la tête du fémur au milieu de plusieurs fragments osseux, nageant dans le pus et faisant dans le petit bassin une saillie assez prononcée. La fracture avait eu lieu au centre de la cavité cotyloïde. La branche horizontale du pubis était fracturée un peu en dehors de l'éminence iléo-pectinée; une autre fracture existait au sommet de l'arcade pubienne, en sorte que le pubis était, de ce côté, complètement séparé de l'ilion et de l'ischion. Celui-ci, fracturé au commencement de sa branche ascendante, était séparé du pubis par un fragment mobile formé des portions ascendante de l'ischion et descendante du pubis. En arrière, une autre fracture séparait l'ischion de l'ilion. Enfin, il existait un dernier fragment formé par la gouttière qui livre passage aux vaisseaux et nerfs obturateurs.

S

S***. — Observation de plaie pénétrante de poitrine. t. LI, p. 254.

SALLERON (E.), *chirurgien-aide-major au 32e de ligne* (1). — Observations sur le cathétérisme forcé, t. XLIV, p. 338. — Observation sur un cas de gangrène; sphacèle de la jambe, chute spontanée du tibia et du péroné : guérison, t. XLV, p. 303. — Description d'un nouveau bandage pour le traitement des fractures de la rotule, t. LIII, p. 286. — Observation de fracture transverse de vertèbre dorsale, t. LVIII, p. 294.

---

(1) Actuellement chirurgien-major aux ambulances de l'Algérie.

SALUBRITÉ. — Mémoire sur la salubrité des garnisons du département de la Charente-Inférieure; par M. *Godelier*, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. L, p. 1.

Compris entre les 45e et 46e degrés de latitude et les 2e et 3e de longitude, le département de la Charente-Inférieure fait partie de notre frontière maritime. Il représente une vaste plaine d'où s'élèvent un grand nombre de collines, dont les plus hautes n'ont pas 55 mètres au-dessus du niveau de la mer, et dont les chaînes courent du nord-ouest au sud-est. Les îles d'Enet et d'Aix continuent la colline de Rochefort à Fouras. Origine probable des marais. Géologie. La température annuelle moyenne est de 12°, 7; la moyenne des *maxima* de chaleur est de 32°,5; celle des *maxima* de froid de—7°. Vents. Baromètre. La durée moyenne de la vie est de 37 ans 10 mois dans le département. L'auteur résume dans trois tableaux, d'après M. Fleuriau de Bellevue, la mortalité par commune dans les trois arrondissements de la Rochelle, Rochefort et Marennes. Il résulte de ces tableaux que la grande majorité des communes jouit d'un air fort sain, et que cet avantage est dû spécialement à leur sol calcaire, à surface rarement horizontale; que les communes les moins salubres sont celles qui reçoivent, par les vents, les émanations de quelques marais mal desséchés; que presque tous les marais sont situés au-dessus des hautes mers; que l'insalubrité des marais disparaît proportionnellement aux moyens employés pour en paralyser l'action; que les marais inondés, même pendant l'été, sont les plus sains; que ceux qui sont en pleine culture sont les plus peuplés de tous; que 81 communes ont une mortalité supérieure au taux moyen de la France. En comparant les quatre bagnes de France entre eux, on trouve que de 1816 à 1828, la mortalité a été, à Lorient de 1 décès sur 39,17 condamnés; à Brest, de 1 sur 27,06; à Toulon, de 1 sur 24; à Rochefort, de 1 sur 11,51. Pendant les mois d'août et de septembre 1838, on a compté à la Rochelle 14 malades sur 100 militaires de la garnison, à Rochefort 71 sur 100; à Brouage 82 sur 100. De 1830 à 1839, on a compté à la Rochelle 7,39 malades sur 100 militaires; à Rochfort 12,02 sur le même nombre. La première mesure réclamée par l'hygiène, c'est le dessèchement des marais de Brouage et l'assainissement des casernes de Rochefort et de la Rochelle. Les hommes doivent être choisis parmi des soldats faits; les tours de garde devraient ne revenir que tous les dix jours, il y aurait avantage à accorder une demi ration de vin et une couverture de laine à chaque homme rentrant de sa faction au corps de garde.

SANG. — Analyses du sang et observations de maladies dans lesquelles la diminution de la fibrine par rapport aux globules favorise la production des hémorrhagies; par M. *E. Rodes*, médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Saint-Denis, t. LIX, p. 179.

1re *Observation. Pourpre hémorrhagique chronique.*

Six mois d'invasion. Pétéchies, ecchymoses, épistaxis, hémorrhagies des gencives et des intestins, accidents nerveux, accès de fièvre rémittente, douleurs crurales et lombaires, sang très pauvre en fibrine, riche en matériaux solides du sérum. Amélioration momentanée après des saignées générales. Bons effets des préparations ferrugineuses. Deux mois de traitement; guérison à peu près complète; congé de convalescence. Mort du sujet à Étaples, six mois après sa sortie de l'hôpital.

2e *Observation. Pourpre hémorrhagique et varicelle*, *ib.*, p. 199.

Après huit jours passés dans une prison froide et humide, fièvre accompagnée de céphalalgie, de nausées. Le troisième jour, taches pourprées et épistaxis; éruption de boutons de varicelle. Sang légèrement couenneux, fibrine et globules diminuées; matériaux solides du sérum augmentés. Guérison.

3e *Observation. Pourpre fébrile sans hémorrhagie*, *ib.*, p. 202.

Taches nombreuses sur les membres. Diminution de la fibrine, augmentation des globules. Effets avantageux de la saignée. Guérison après dix jours de traitement.

SANG. — Recherches sur l'état du sang dans les maladies endémiques de l'Algérie; par MM. *Léonard*, médecin en chef de l'hôpital du Dey, et *Foley*, docteur en médecine, attaché à la commission sanitaire d'Alger, t. LX, p. 135.

Ce travail peut se résumer dans les propositions générales sui-

vantes : 1° La fibrine se maintient dans ses proportions normales au début de la maladie ; 2° elle s'abaisse sous l'influence de sa durée ou de ses récidives, 3° le passage de l'intermittence à la rémittence, à la continuité et à la forme pernicieuse ne fait pas élever ni descendre ses quantités; 4° la fibrine augmente dans les formes compliquées; 5° la fibrine s'accroît sous l'influence des localisations phlegmasiques; 6° l'engorgement de la rate ne coïncide qu'exceptionnellement avec la défibrination du sang; 7° les globules tendent à rester stationnaires ou à diminuer; 8° leur diminution se prononce avec la prolongation de la maladie, les récidives, l'affaiblissement; 9° leur augmentation se présente dans les formes graves; 10° l'albumine diminue sans profit pour la fibrine ni pour les globules; 11° les matériaux solides du sérum ont une tendance à décroître; 12° les matériaux solubles dans l'eau distillée, bouillante, offrent une augmentation notable; 13° les matériaux solubles dans l'alcool bouillant se sont rencontrés très variables dans leurs quantités; 14° l'eau du sang tend généralement à une augmentation prononcée.

SANGSUES. — Instruction sur la formation des viviers artificiels à sangsues; sur la pêche, la conservation et la multiplication de ces annélides, ainsi que sur les soins qu'ils exigent dans les cas de transport et dans ceux de maladie. Rédigée sous la surveillance du conseil de santé, conformement à une décision ministérielle du 15 août 1844, t. LVII, p. 280.

L'extrême consommation de sangsues dans les hôpitaux militaires, a fait désirer l'établissement d'un moyen propre à mettre constamment le service à l'abri de toute privation à cet égard. En conséquence et pour seconder les vues du ministre, le conseil de santé a pris des mesures à l'effet de faire extraire des notes et mémoires envoyés par les officiers de santé, une instruction qui pût favoriser l'établissement de viviers artificiels à sangsues, dans les hôpitaux de France et d'Afrique, et faire connaître les moyens d'utiliser, après le dégorgement, les sangsues qui auraient déjà servi. — Citation des ouvrages des officiers de santé militaires qui ont écrit sur ce sujet.

I. *Établissement des viviers ou étangs artificiels à sangsues.* Il convient dans la formation des viviers artificiels de placer les sangsues dans les conditions analogues à celles qui les entourent dans les lieux où la nature les a placées. — Habitudes des sang-

sues. Demeures qui leur conviennent, plantes fluviatiles qui leur sont propres. Leur multiplication. Renouvellement de l'eau, plus ou moins nécessaire, selon les climats. — Viviers artificiels construits en maçonnerie. Description de l'établissement de Boufarick. Viviers construits en terre. Description des mares artificielles établies aux environs de Bordeaux. — Résultats obtenus. Les bassins construits en maçonnerie méritent la préférence. — *Bassins en maçonnerie.* Conditions de leur construction. *Bassins en terre.* Conditions de leur formation. Nombres des uns et des autres, leurs proportions pour assurer un bon service. — Pêche dans les bassins.

II. *Soins et précautions à prendre pour la conservation et la reproduction des sangsues dans les viviers artificiels.* Les bassins doivent être tenus proprement. Il faut en renouveler l'eau souvent et enlever avec soin les sangsues mortes.

III. *Époques favorables à la pêche des sangsues.* Ces époques varient selon les climats, l'étendue et la profondeur des marais ou ruisseaux où l'on veut pêcher. — *Époque de la pêche dans les pays froids et tempérés.* C'est principalement en mai, juin et juillet que la pêche des sangsues présente le plus d'avantage. — *Époque de la pêche dans les pays chauds.* La pêche des sangsues, dans les marais naturels peut avoir lieu à peu près toute l'année; mais elle sera particulièrement avantageuse du mois d'avril au mois de juillet. — Description des différents moyens employés à la pêche des sangsues.

IV. *Époques favorables à l'expédition des sangsues.* Le printemps et l'automne sont les saisons ou il est préférable de transporter les sangsues. Dans les mois de mai et de juin particulièrement, elles sécrètent peu de mucosités et s'enfoncent facilement dans la terre ou dans la mousse dont on garnit les vases qui les renferment. Dans les mois d'octobre et de novembre, elles résistent le mieux à l'agitation du transport. A l'époque des grandes chaleurs, on ne peut transporter les sangsues qu'à de très petites distances. — Précautions à prendre en hiver.

V. *Manière d'emballer les sangsues, et précautions à prendre durant le temps du transport.* On doit rejeter comme impropres au transport, celles qui sont malades ou gorgées; les deux espèces, dites bâtardes; les très petites qui piquent et incommodent les grosses. — Description des vases, des caisses, des toiles de crin ou de métal qui doivent servir au transport. Manière de disposer les sangsues pour le voyage, de les rafraîchir en route, selon les distances qu'elles doivent parcourir.

VI. *Conservation des sangsues dans les établissements où il n'y a pas de viviers.* Les procédés pour la conservation des sangsues varient selon le but que l'on se propose d'atteindre. — *Pre-*

mier procédé. Les sangsues d'approvisionnements doivent être conservées dans de l'argile préparée. Détails sur cette préparation. — *Second procédé*. Les sangsues réservées aux besoins journaliers du service doivent être déposées dans des vases ou bocaux à large ouverture. Manière de couvrir les vases; soins indispensables de propreté; choix de l'eau, sa température.

VII. *Moyens de conserver les sangsues qui ont déjà été appliquées et de les rendre propres à une nouvelle application*. Examen des moyens autrefois employés pour opérer le dégorgement des sangsues. Les seuls qui méritent d'être recommandés sont les suivants : 1° *Dégorgement par repos prolongé*. Immédiatement après avoir servies, les sangsues seront lavées dans de l'eau de rivière ou de fontaine à la température de 15 à 20°; on les déposera dans des jarres de terre dont le fond sera garni d'argile; elles seront visitées et tenues très proprement pendant douze ou quinze jours. Dans les établissements pourvus de viviers conservateurs, elles y seront placées et surveillées avec précaution. 2° *Dégorgement opéré par la pression*. Cette pression doit être faite à plusieurs reprises, légèrement, de manière à faire rejeter le sang et à ne pas déchirer les fibres de l'annélide. Cette opération pratiquée, les sangsues seront placées dans de l'eau à une température convenable.

VIII. *Maladies des sangsues, leurs causes et moyens de les en préserver*. Quelque précaution que l'on prenne, les sangsues conservées subissent quelquefois des altérations profondes qui en font périr un grand nombre, et dont il est difficile de connaître les causes; une exsudation surabondante les fatigue; les variations atmosphériques auxquelles elles sont sensibles, leur cause de l'agitation; on voit changer leur forme, varier leur couleur; elles prennent un aspect languissant qui annonce une maladie à laquelle elles succombent quelquefois très promptement. Trois maladies atteignent les sangsues épidémiquement : 1° *la métallique*; 2° *le mucus*; 3° *la jaunisse*. Elles sont, en outre, souvent atteintes d'une inflammation du canal intestinal. Description de ces maladies; moyens curatifs qui ont été proposés.

SCILLA ET URGINEA. — Observations relatives aux genres Scilla et Urginea; genres nouveaux à établir dans la famille des liliacées sous les noms de squilla et de stellaris. Description d'une espèce nouvelle appartenant à cette famille; par M. *Ad. Steinheil*, chirurgien-sous-aide à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. XLII, p. 360.

L'auteur expose les considérations qui l'ont déterminé à placer

la scille maritime dans le genre *urginea*, qu'il venait d'établir. Cependant quelques caractères isolaient cette espèce au milieu du genre où il l'avait placée. D'après une étude plus approndie, et la connaissance d'un caractère plus important, M. Steinheil se croit suffisamment autorisé à en former un genre nouveau, sous le nom de *squilla*. Cette dénomination a l'avantage de ne pas s'éloigner du nom vulgaire, et d'être celui des anciens. Des différences tirées de la racine, du fruit et de la forme de l'ovaire, séparent la scille maritime des *urginea*. — Caractères du genre *squilla*. Modifications apportées aux caractères du genre *urginea*. — Le genre *squilla* renferme deux espèces : la scille maritime devenue *squilla maritima*; l'autre espèce longtemps confondue avec elle est le *squilla pancration*. — Étude du pancration. Raisons qui déterminent à en faire une espèce distincte. — Phrases spécifiques des deux espèces du genre *squilla*, auxquelles l'auteur a joint deux variétés : *A. bulbo rufo; B. bulbo pallido*. — La grande analogie botanique de ces deux espèces doit faire penser que leurs propriétés médicinales sont peu différentes. — Digressions sur diverses espèces du genre *scilla*. Le *scilla parviflora* n'est pas une variété. L'auteur propose d'en faire un genre particulier sous le nom de *stellaris* et de lui conserver le nom spécifique de *parviflora*. — Caractères de ce genre.

SCHLOSSER, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Besançon* (1). — Rapport au conseil de santé sur le service chirurgical de cet hôpital, t. XLVI, p. 52. — Traitement des principaux symptômes vénériens à l'hôpital militaire de Besançon, t. XLVII, p. 103.

SCOUTETTEN, *chirurgien en chef, premier professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg* (2). — Observation d'ostéo-sarcôme, par suite de cause traumatique, t. LVIII, p. 274 et 286.

SÉDILLOT, *chirurgien-major* (3). — Discours prononcé

---

(1) Décédé.

(2) En ce moment chirurgien principal à l'école d'application de Metz.

(3) Aujourd'hui chirurgien principal, chirurgien en chef et premier professeur à l'hôpital de Strasbourg.

à l'occasion de la distribution des médailles à l'hôpital de perfectionnement, le 30 septembre 1839, t. XLVII, p. 384. — Observation d'amputation coxo-fémorale, t. XLIX, p. 271.

SEGOND, *chirurgien-major du* 13e *régiment d'artillerie* (1). — Communication de la gale du cheval à l'homme; note envoyée au Conseil de santé des armées t. LI, p. 149.

SELLEMA. — De la maladie appelée *sellema et beqla* par les indigènes de l'Algérie ; par M. *Lacger*, chirurgien-major, t. LX, p. 222.

La première dénomination est usitée dans les villes ; la seconde est répandue parmi les habitants de la tente. Les deux expressions servent à désigner des maladies fort distinctes : la méningite, l'encéphalite, la fièvre typhoïde, la fièvre pernicieuse. Suivent plusieurs observations dont la symptomatalogie rappelle la maladie improprement appelée méningite cérébro-spinale épidémique.

SELS HALOIDES DOUBLES. Mémoires sur les sels haloïdes doubles ; par M. *Poggiale*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, t. LIX, p. 319.

L'histoire des sels haloïdes doubles, malgré les recherches des plus habiles chimistes, laisse encore de nombreuses lacunes à combler. — Théories des sels haloïdes. — Les rapports naturels entre les sels haloïdes et les oxysels sont tellement manifestes que plusieurs chimistes ont pensé que tous ces sels étaient des composés analogues aux chlorures. — Faits qui paraissent prouver que les composés formés de deux sels haloïdes sont des sels doubles : 1° Il existe des sels haloïdes triples ; 2° on connaît des sels doubles formés d'un sel haloïde et d'un oxysel ; 3° les acides et les bases ne déplacent pas l'élément électro-négatif ou l'élément électro-positif des sels haloïdes doubles, mais agis-

(1) Admis à la retraite.

sent sur chacun d'eux comme sur les oxysels; 4° les radicaux électro-négatifs, suivant la remarque de Berzélius, unis au chlore, ne se combinent pas avec les chlorures alcalins; 5° certains chlorures peuvent former des sels doubles, quoique possédant à peu près les mêmes propriétés électro-chimiques; 6° les sels haloïdes forment, comme les oxysels, des sels acides et basiques; 7° enfin, la propriété que le bi-chlorure de mercure possède de rougir le tournesol, comme les acides, et qui a été le point de départ du travail de M. Bonsdorff, ne semble pas avoir la valeur que ce chimiste lui a donnée. — L'auteur pense qu'il est sage de ne voir dans les sels haloïdes doubles, comme dans les oxysels doubles, que la combinaison d'un corps électro-positif avec un corps électro-négatif.

Les sels étudiés ont été divisés de la manière suivante :

I. Chlorures doubles. *Chlorure d'antimoine et chlorhydrate d'ammoniaque ; d'antimoine et de potassium ; d'antimoine et de sodium; d'antimoine et de barium; chlorures doubles d'antimoine et de strontium, de calcium et de magnésium ; protochlorure d'étain et chlorhydrate d'ammoniaque; protochlorure d'étain et chlorure de potassium; protochlorure d'étain et chlorure de strontium; protochlorure d'étain et chlorure de barium ; protochlorure d'étain et chlorure de calcium; chlorure de magnésium et de sodium; chlorure de magnésium et de calcium.*

II. Iodures doubles. *Iodure d'argent et iodhydrate d'ammoniaque ; iodure de plomb et de sodium; iodure de zinc et de potassium; iodure d'antimoine et iodure de potassium.*

III. Sels haloides doubles contenant deux corps halogènes. Il n'existe qu'un très petit nombre de sels haloïdes doubles renfermant des corps halogènes différents, et, excepté le chloro-fluorure de barium et le chloro-fluorure de plomb, les autres sont peu connus. L'auteur a découvert des combinaisons analogues aux précédentes. *Chloro-iodure de plomb; iodure de plomb et chlorhydrate d'ammoniaque.*

IV. Sels doubles formés d'un sel haloide et d'un oxysel. *Chlorure et acétate de plomb ; iodure et carbonate de plomb.* — Caractères des sels. Formation. Composition. Analyses. Équivalents. Formules.

SELS DES URINES.— t. LVIII, p. 328 (*Voyez* Urines).

SÈVE. — Examen chimique de la sève de quelques végétaux ; par M. *Langlois*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. LV, p. 295.

I. *Sève de la vigne.* — Une quantité assez abondante de cette sève fut recueillie sur une vigne de jardin, à la fin du mois de mars. — Propriétés physiques et chimiques. — Trois kilog. de sève produisent sept grammes d'extrait. — Solution de l'extrait dans l'alcool. Essais par les réactifs. — Cette sève renferme de l'acide carbonique libre, du tartrate de chaux, du nitrate de potasse, des lactates alcalins, du chlorhydrate d'ammoniaque, du sulfate de potasse et du phosphate de chaux. — Elle ne contient pas de bitartrate de potasse, trouvé par M. Regimbeau. — Une seconde analyse est faite en automne sur de la sève provenant de vignes cultivées en plein champ, d'où il résulte que les principes les plus constants de la sève de vigne sont le tartrate de chaux, l'acide carbonique libre, l'albumine végétale et des sels de potasse dont les acides sont susceptibles de varier.

II. *Sève du noyer.*—M. Biot avait reconnu dans cette sève la présence du sucre de canne, mais pas celle de l'acide carbonique que Vauquelin y avait rencontré. — Les recherches de l'auteur prouvent que la sève du noyer renferme de l'acide carbonique libre, de l'albumine végétale, une matière gommeuse, une substance grasse, des lactates de potasse, de chaux et d'ammoniaque, du malate de chaux, du chlorhydrate d'ammoniaque, du nitrate de potasse, du sulfate et du phosphate de chaux.

III. *Sève du tilleul.* — Au mois de juin, M. Langlois étudie le cambium existant sur les jeunes branches. — Action de l'eau froide et bouillante sur le cambium. — Extrait. — Action de l'alcool. — La décoction aqueuse produit de l'alcool par la fermentation. — Comparaison de la composition de la sève du tilleul et de celle de la mannite recueillie sur les feuilles de cet arbre. (*Voyez* MATIÈRE SUCRÉE).

SIMON, *médecin ordinaire à Mascara* (1). Observation d'abcès du foie consécutif à une gastro-colite, t. LV, p. 123. — Observation de fracture de vertèbres, t. LVIII, p. 318.

SOLUBILITÉ DES SELS. — Mémoire sur la solubilité des sels dans l'eau; par M. *Poggiale*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, t. LIV, p. 361.

---

(1) Actuellement médecin ordinaire à l'hôpital militaire de Dunkerque.

La solubilité des sels dans l'eau est une des questions les plus importantes de la chimie. L'action des sels solubles les uns sur les autres, la loi de Berthollet sur leur décomposition mutuelle, l'analyse d'un mélange de ces composés, des eaux minérales, par exemple, reposent sur la solubilité des sels. C'est encore par la solubilité comparative des sels, à différents degrés du thermomètre, qu'on peut prévoir les précipités différents qui se forment dans une solution renfermant les mêmes éléments. — Coup-d'œil sur les travaux de Lavoisier, de Berthollet, de MM. Kopp et Gay-Lussac sur ce sujet. Précautions à prendre pour obtenir la saturation d'une solution saline à la température à laquelle on cherche la solubilité du sel. — Deux méthodes indiquées par M. Gay-Lussac. — Le choix des vaisseaux est une chose importante. — M. Poggiale a expérimenté de dix en dix degrés de température de 0 à 100, et donné les tableaux des dix quantités de sel dissous par 100 parties d'eau. Chaque nombre de solubilité est la moyenne de trois expériences et quelquefois d'un plus grand nombre. — Les sels sur lesquels l'auteur a opéré sont les suivants : *sulfates neutre d'alumine, neutre d'alumine cristallisé, d'alumine et de potasse, d'alumine et d'ammoniaque, de zinc, neutre de bi-oxyde de cuivre, de chaux, barate de soude prismatique, azotate de soude, carbonate neutre de potasse, sesqui-carbonate de potasse, bi-carbonate de potasse, carbonate neutre de soude, sesqui-carbonate de soude, bi-carbonate de soude, chlorure de sodium, bi-chlorure de mercure.* — Remarques particulières sur la solubilité de chacun de ces sels.

SOLUBILITÉ DES SELS. — Deuxième mémoire sur la solubilité des sels dans l'eau; par M. *Poggiale*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, t. LVI, p. 311.

Dans un premier travail l'auteur a fait observer que la solubilité de certains sels, du sulfate de chaux, par exemple, est très remarquable : elle augmente depuis 0° jusqu'à 35° environ, où elle est à son maximum; et diminue ensuite jusqu'à 100 degrés. La ligne de solubilité de ces sels est formée de deux lignes courbes ayant un point de rebroussement qui correspond à 35°. — L'importance scientifique que ce sujet présente, l'action des sels les uns sur les autres, les procédés analytiques que l'on emploie pour reconnaître ces composés et pour en déterminer les proportions, reposent évidemment sur leur solubilité. Tableaux de la solubilité de 28 sels anhydres et cristallisés. Particularités offertes par la solubilité de ces sels.

SONGY, *chirurgien aide-major au 3e régiment de chasseurs d'Afrique* (1). — Mémoire sur un nouveau moyen de traitement de l'orchite, t. LIX, p. 290.

SOUCELYER, *médecin adjoint à l'hôpital militaire de Lyon, et temporairement attaché au corps d'occupation en Afrique* (2). — Observation de tétanos spontané suivi de guérison, t. XLV, p. 144. — (A fait un rapport sur le climat d'Oran et les maladies qui y ont régné en 1840 et 1841, dont on a extrait des documents relatifs à l'histoire médicale de l'Algérie) t. LII, p. 117 (*Voyez* Algérie).

SOUDAN, *chirurgien professeur au Val-de-Grâce* (3).— Eloge historique de M. le baron Desgenettes, prononcé à la séance solennelle de la distribution des prix du Val-de-Grâce, le 9 septembre 1837, t. XLIII, p. 391.

SPHACÈLE, t.XLV, p. 303. (*Voyez* Gangrène).

SPINA VENTOSA.—Observ. de spina ventosa du corps de l'humérus gauche, t. LVI, p. 272 (*Voyez* Clinique chirurgicale de Versailles).

SQUILLA ET STELLARIS (genres nouveaux à établir dans la famille des liliacées) t. XLII, p. 360.—(*Voyez* Scilla et Urginea).

STATISTIQUE MÉDICALE.— Statistique médicale de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, adressé au Conseil de santé des armées; par le baron *Michel*, médecin en chef, t. L, p. 97.

---

(1) Actuellement chirurgien aide-major de 1re classe au 6e de hussards.

(2) En ce moment médecin ordinaire et en chef à l'hôpital de Versailles.

(3) Décédé.

Année 1838. — *Premier semestre.* — Ce travail se compose de cinq tableaux qui renferment, ainsi que le dit l'auteur lui-même, d'une manière concise tous les faits dignes d'être signalés. Le premier expose le mouvement général des malades de tout l'hôpital, la moyenne générale de la mortalité, et le séjour à l'hôpital. Le second tableau donne le classement, par corps et par genre de maladie, des militaires traités. Le troisième présente les décès par corps et par nature de maladie. Le quatrième résume le nombre des individus apportés sur brancard ou morts dans les quarante-huit heures après l'entrée à l'hôpital. Le cinquième indique les casernes qui ont fourni le plus de malades.

—Suite de la statistique médicale de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, *ib.*, p. 122.

Année 1838. — *Deuxième semestre.*

Ce second mémoire se résume en quatre tableaux dont le premier contient le classement général par corps et par genre de maladie des militaires traités. Le deuxième donne la répartition par corps et par genre de maladie des hommes décédés. Le troisième présente une analyse des divers traitements suivis dans les différents services de fièvreux. Le quatrième résume le mouvement général des fièvreux pendant toute l'année 1838.

STATUE. — Inauguration de la statue de Broussais, t. LI, p. 316. (*Voyez* Inauguration).

STEINHEIL (Ad.), *chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Strasbourg* (1). — Observations relatives aux genres scilla et urginea; genres nouveaux à établir dans la famille des liliacées sous les noms de squilla et de stellaris. Description d'une espèce nouvelle appartenant à cette famille, t. XLII, p. 360. — Lettre à M. le docteur Jacob, un des rédacteurs des mémoires de médecine, etc., au sujet du champignon dans lequel l'analyse a démontré la présence de l'acide oxalique, t. XLIV, p, 387.

STOMATITES occasionnées par l'encombrement des

---

(1) Décédé.

troupes dans les bâtiments où elles sont casernées, t. XLV, p. 280. (*Voyez* Hygiène militaire).

SUIE DE HOUILLE. — Emploi de la suie de houille comme moyen de désinfection des baquets à urine, t. LIV, p. 359 (*Voyez* Désinfection).

SUTURE. — De la suture dans le traitement des plaies du col; par M. *A. Bertherand*, (de Bazeilles), professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. LIX, p. 232.

Tout n'a pas été dit sur le traitement des plaies du col. On est d'accord sur les difficultés que rencontre la réunion de ces plaies, et les indications propres à lever ces difficultés sont formulées. M. Dieffenbach exclut la suture dans toute circonstance, et il a bien résumé les raisons qui militent contre elle. Le tissu cellulaire sous-cutané du cou est lâche et extensible; il en résulte que si l'on rapproche les lèvres de la peau, l'affrontement n'est qu'extérieur, et les parties profondes demeurent séparées; mais ici la suture n'est point en cause. Un reproche plus fondé est le suivant : la suture ne comprend-elle que la peau, celle-ci, par suite des mouvements qui lui sont imprimés, s'enflamme autour des piqûres, s'étrangle, se déchire, s'ulcère. C'est ce qui eut lieu notamment chez un zouave, qui, surpris par les Arabes, était parvenu à s'échapper, comme ils avaient commencé à lui couper le cou. M. Bertherand pensa que si l'on pouvait comprendre dans les moyens d'affrontement les couches superficielle et profonde on parerait aux principaux inconvénients de la suture. La suture enchevillée devait conduire à ce résultat avantageux. L'occasion se présenta bientôt de vérifier cette opinion. Un chasseur d'Afrique, également surpris par les Arabes, offrait entre autres blessures, une plaie de huit à dix travers de doigt de longueur au côté droit du cou; le muscle sterno-mastoïdien était divisé presque complètement; on voyait la carotide battre. Après avoir abstergé la plaie et tordu deux artérioles, le chirurgien passa quatre points de suture enchevillée à travers les lèvres de la plaie, en embrassant le plus d'épaisseur possible des muscles divisés. Des bandelettes agglutinatives furent placées dans les intervalles; la tête fut maintenue fléchie latéralement. Le 20e jour après la blessure, la guérison était parfaite. Dans un autre cas, chez un homme qui avait tenté de se suicider et qui offrait une large plaie au col, à la hauteur du cartilage thyroïde, on pratiqua deux points de suture, et l'on appliqua un appareil convenable. Le soir même, le sujet, pris d'un délire furieux, se jeta sur les infirmiers et fut

sur le point de se précipiter par la croisée. On le transporta au Val-de-Grâce, et c'est là que M. Bertherand le vit et le traita. Les points de suture n'avaient pas cédé. Le blessé ne répondait pas, et refusa de manger. L'abstinence dura onze jours et fut très favorable à la cicatrisation, qui était complète le 20e jour.

Quand on s'en tient aux agglutinatifs et au bandage, ou bien l'affrontement est suffisant, ou bien il est excessif et les bords de la plaie se renversent en dedans.

La suture n'est pas applicable à toutes les solutions de continuité cervicales. En thèse générale, la netteté de la section, beaucoup plus que sa superficialité, indique l'emploi de ce moyen.

SYPHILIDE TUBERCULEUSE. — Observation de syphilide tuberculeuse traitée sans succès par le mercure pris à l'intérieur, et guérie par la méthode de M. Malapert; par M. *Heysch*, chirurgien-aide-major au 1er régiment de chasseurs, t. XLV, p. 317.

A la suite d'un chancre et d'un bubon, un officier eut des ulcérations dans l'arrière-gorge, des engorgements testiculaires, deux tumeurs purulentes aux mollets dont l'une s'ouvrit, et finalement des tubercules ulcérés très volumineux, au nombre de neuf à l'une des jambes; l'autre jambe était le siége de douleurs ostéocopes. Il avait fait divers traitements. L'auteur lui prescrivit une tisane avec la squine, la salsepareille, le gaïac et le sassafras, édulcorée avec le sirop de salsepareille, et des pilules avec le deutochlorure de mercure; les ulcères furent pansés avec la pommade de proto-iodure de mercure. Ce traitement continué pendant un mois, n'ayant pas donné de résultats satisfaisants, des vésicatoires furent appliqués sur les surfaces ulcérées et pansés avec la solution de deuto-chlorure de mercure. Au bout de six semaines, les plaies étaient cicatrisées, et le malade se trouvait débarrassé de ses douleurs ostéocopes, ainsi que d'un engorgement testiculaire qui avait persisté jusque-là. Six mois après, la guérison ne s'était pas démentie.

Le Rédacteur du Recueil se demande, dans une note à la suite, si la maladie était locale ou constitutionelle; quelle part le traitement général a eu à la guérison, et si le deuto-chlorure de mercure appliqué suivant la méthode de M. Malapert, suffit pour détruire par absorption la cause générale de la maladie en même temps qu'il fait disparaître les accidents locaux.

SYPHILIS. — Traitement des principaux symptômes

vénériens à l'hôpital militaire de Besançon; par M. *Schlosser*, chirurgien-major chargé du service de cet établissement, t. XLVII, p. 103.

L'auteur a expérimenté la méthode antiphlogistique et l'emploi du mercure dans les maladies syphilitiques. L'avantage est resté au mercure, qui, du reste, n'exclut pas l'emploi des antiphlogistiques. L'auteur a apporté quelques restrictions au traitement préconisé par M. Larrey. — Il cautérise les chancres quand ils ne sont pas trop enflammés et trop étendus. Dans le cas contraire, il préfère le vin aromatique et les solutions fortement opiacées, accompagnées de cataplasmes autour du pénis, au cérat mercuriel. — Il opère très rarement dans le cas de phymosis syphilitique. Des injections de bi-chlorure de mercure opiacées, au nombre de 2 à 3 par jour, sans tenir compte de l'inflammation, lui réussissent parfaitement. — Les végétations sont touchées avec la solution mercurielle, et ensuite pansées avec le vin aromatique. — Quant aux bubons, la pratique de l'auteur consiste à tenter de les faire avorter par l'application d'un vésicatoire suivie de celle d'un plumasseau imbibé de la solution mercurielle opiacée : l'escharre est couverte d'un cataplasme; plus tard on applique un emplâtre fondant. Lorsque la suppuration n'a pu être évitée, on ouvre le bubon avec la potasse caustique. La plaie est pansée avec le vin aromatique; quand elle est trop enflammée, avec le digestif et les solutions opiacées; quelquefois avec le cérat mercuriel; si elle languit, on emploie les pommades proto-chlorurée ou iodurée mercurielle. Les préparations iodées sont considérées par l'auteur comme infidèles. Le moxa réussit quand l'emplâtre mercuriel a échoué. — Les uréthrites bénignes sont traitées par les antiphlogistiques, et plus tard par le copahu ingéré. En lavements ou injecté dans l'urètre, ce balsamique n'a jamais réussi. Les uréthrites syphilitiques sont traitées par le mercure. Les uréthrites chroniques ne résistent pas à l'application d'un vésicatoire au périnée longtemps entretenu, et à des injections avec la solution mercurielle opiacée, à la dose de cinq à dix centigrammes de bichlorure et d'extrait d'opium sur 30 grammes d'eau pour commencer; on élève les doses jusqu'à 20 centigrammes. Une seule onction supprime souvent l'écoulement, sans l'arrêter définitivement. Lorsqu'un suintement persiste, avec douleur à la base du gland, on cautérise la fosse naviculaire avec le porte-caustique du profeseur Lallemand.—L'emploi de la sonde pour rappeler l'écoulement dans l'orchite aiguë, n'a pas répondu aux espérances de l'auteur, et il en est revenu aux émissions sanguines locales. Les orchites chroniques sont traitées par les applications de sangsues réitérées et par le vésicatoire, qui a donné de très beaux succès.

SYPHILIS. — Observations suivies de réflexions sur l'utilité du mercure dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis ; par M. *Cazeneuve*, chirurgien-aide-major au 14e de ligne, t. XLVII, p. 110.

Ce travail comprend cinq observations suivies de réflexions. —*Première observation. — Deux urétrites : la deuxième compliquée de chancres; traitement antiphlogistique; douleurs ostéocopes, exostoses, ulcères du front; frictions mercurielles, eaux thermales; disparition des phénomènes morbides; récidive; traitement mercuriel, bains sulfureux; congestion apoplectiforme du cerveau; saignée, sangsues, mercure. Guérison.* Il n'est pas possible de nier l'efficacité du mercure dans ce cas. A-t-il agi comme spécifique, comme révulsif? et dans cette dernière supposition, tout autre révulsif aurait-il eu le même succès? L'auteur ne le pense pas. En outre, ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Bouillaud, qui veut que les lobes antérieurs président à la faculté d'articuler les sons. En effet, l'un des symptômes de l'hypérémie cérébrale dont le malade fut atteint consista dans l'émission de sons inarticulés.—*Deuxième observation. — Tempérament lymphatique; douleurs ostéocopes dans un pied, suppuration; ablation d'un orteil; douleurs ostéocopes; symptômes d'hystérie; cautérisation du col de la matrice; traitement antiphlogistique : plus tard, symptômes de luxation spontanée; emploi du proto-iodure de mercure. Guérison.* Cette observation est un déplorable exemple des maux que l'ignorance et l'obstination, chez un médecin, peuvent produire. Après de longues et cruelles souffrances, après le sacrifice d'un orteil, la malade, réduite à un état presque désespéré, consulta enfin des médecins instruits, et, dans l'espace de huit jours, avec seize pilules d'un quart de grain de proto-iodure de mercure, les douleurs ostéocopes disparurent à peu de chose près. Plus tard, les douleurs s'accompagnèrent de sortes d'accès : le sulfate de quinine y coupa court. Le bi-chlorure de mercure ne put être supporté. Le proto-iodure réussit à merveille. Dans ce cas comme dans le précédent, l'exercice paraît avoir contribué puissamment à la guérison des affections osseuses. Le proto-iodure a-t-il agi comme révulsif? Mais on avait posé seize moxas!... — *Troisième observation. — Urétrites et chancres; emploi des émollients. Douleurs ostéocopes, ulcérations au voile du palais, pustules à la peau; traitement antiphlogistique; persistance et aggravation des symptômes; frictions avec le proto-iodure de mercure, bains sulfureux; amélioration très rapide. Huit mois après, récidive des accidents syphilitiques; même traitement, même résultat.* Cette observation démontre l'impuissance des an-

tiphlogistiques contre les accidents syphilitiques, et toute l'efficacité des mercuriaux. Le mercure, si rapide dans ses effets, ne peut-il être considéré comme un spécifique, au même titre que le quinquina? Ce malade toussait; il était émacié; il suait la nuit : on crut à une phthisie pulmonaire : méprise impardonnable. N'est-ce pas à des cas de ce genre qu'on a donné le nom de phthisie vénérienne, syphilitique? — *Quatrième observation. — Urétrite et chancres superficiels; emploi des émollients. Ulcères à la gorge, congestion cérébrale, alopécie; liqueur de Van-Swieten, sudorifiques, saignée. Guérison.* Ici encore, les accidents syphilitiques n'ont cédé qu'au mercure. Des sangsues, des émollients, un régime sévère, avaient été d'abord employés, et, depuis quatre mois, tout avait empiré. — Depuis long-temps, on a dit que la syphilis est un protée aux formes les plus variées, Les observations qui précèdent confirment cette pensée. La gorge, affectée chez les sujets des troisième et quatrième observations, fut épargnée chez les deux autres. N'est-ce pas à cause de la forte constitution des premiers? — On a voulu attribuer les accidents osseux de la syphilis au mercure. Sans doute, l'abus de ce médicament peut produire de graves accidents; mais, à coup sûr, toutes les exostoses, chez les vénériens, ne reconnaissent pas cette cause. Le sujet de la première observation n'avait pas pris un atôme de mercure lorsque les accidents osseux se sont montrés. Il en fut de même dans les deuxième et troisième observations. Enfin, le quatrième malade a fait usage du mercure, et il n'a eu ni exostoses, ni douleurs ostéocopes. — *Cinquième observation. — Urétrite; emploi des émollients; dix ans après, douleurs nocturnes et exostoses à la partie antérieure du tibia gauche; inutilité du traitement antiphlogistique. Guérison rapide par le mercure.* Ce fait, communiqué à l'auteur par M. Michel, alors médecin en chef au Gros-Caillou, vient à l'appui des précédents. — L'iodure de mercure est une des préparations mercurielles les plus avantageuses dans le traitement de la syphilis; il est peu irritant, et très lent à produire la salivation. Des frictions avec l'onguent mercuriel sont employées aussi avec utilité : témoin le premier cas. La liqueur a l'inconvénient d'irriter l'estomac. Elle peut être utile comme gargarisme et en lotions sur les ulcères. M. Jacques, médecin à Anvers, emploie de préférence le cyanure de mercure. On est souvent obligé de varier les préparations mercurielles. L'or a été employé contre la syphilis avec des résultats variés. L'argent a échoué entre les mains de M. Ricord et de Biett. — Quelle dose de mercure faut-il employer pour un traitement rationnel? Il n'y a malheureusement rien de fixe à ce sujet.

T

TAILLE BILATÉRALE, t. XLIX, p. 312. (*Voyez* Clinique chirurgicale).

TENDON D'ACHILLE. — Section du tendon d'Achille, t. LI, p. 220 (*Voyez* Chirurgie).

TESNIÈRE, *chirurgien sous-aide* (1). — Observation d'abcès du foie, à la suite d'accès de fièvre intermittente et de flux dysentérique, t. LV, p. 33. — Observation de tumeur à l'hypochondre droit, et de développement anormal du foie, *ib.*, p. 45.

TILLEUL. — Matière sucrée recueillie sur les feuilles du tilleul, t. LIII, p. 316. (*Voyez* Matière sucrée).

TÉTANOS SPONTANÉ. — Observation de tétanos spontané suivi de guérison ; par M. *Soucelyer*, médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Lyon, temporairement attaché au corps d'occupation en Afrique, t. XLV, p. 144.

Le 7 juillet 1837, le nommé M., soldat aux zouaves, est apporté à l'hôpital d'Oran. Il présente les symptômes suivants : décubitus dorsal, opisthotonos, trismus, raideur générale, pupille immobile, vomissement de plusieurs lombrics. L'auteur a recours simultanément aux saignées, à l'opium à haute dose et au musc. Le malade guérit.

Note du Rédacteur. Il est facile de voir qu'il s'agit ici de la maladie improprement appelée méningite cérébro-spinale, et qu'on croyait n'avoir fait sa première apparition en Algérie qu'en 1840. On sait que la maladie a commencé à sévir en France avec une certaine intensité en 1837.

TLEMCEN. — Topographie physique et médicale du territoire de Tlemcen, t. LVII, p. 1, (*Voyez* Topographie).

---

(1) Actuellement chirurgien aide-major au 22e de ligne.

TOPOGRAPHIE.— Note sur la topographie du département de l'Hérault, accompagnée d'observations sur le recrutement, et de la relation d'une épidémie essuyée à Nîmes par le 49e régiment de ligne, par M. *Durand*, chirurgien-major de ce régiment, t. XLIX, p. 64.

Après quelques considérations sur la topographie du département de l'Hérault, l'auteur signale très succintement une maladie qui a sévi à Nîmes dans le 49e de ligne, et qu'il qualifie de gastro-duodéno-méningite.

TOPOGRAPHIE.—Topographie médicale de la Métidja par M. *Villette*, chirurgien aide-major de 1re classe du train des équipages militaires en Algérie, t. LIII, p. 125.

La Métidja est une plaine de 100 à 120 kilomètres de longueur sur une largeur moyenne de 16 à 24 kilomètres. Marécageuse dans sa partie septentrionale, elle s'élève à mesure qu'elle s'approche de l'Atlas. Le thermomètre s'y élève au soleil jusqu'à 56°. Au point de vue pathologique, l'intermittence y résume à elle seule toute la constitution médicale ; cependant les affections abdominales y sont fréquentes. Maladies observées à Boufarik en 1839. L'auteur termine en proposant le dessèchement des marais de la plaine.

TOPOGRAPHIE. — Note sur la topographie médicale de la ville de Medeah, et sur les maladies qui y ont régné pendant les mois d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1841; par M. *Rietschel*, médecin ordinaire de deuxième classe, t. LV, p. 180.

Médéah est bâtie sur un rocher de grès dont les assises sont inclinées du sud-est au nord-ouest, à 1100 mètres au-dessus du niveau de la mer. Hydrologie. Règne végétal. Maladies, fièvres, diarrhées, pneumonies. Saison épidémique.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Notice sur la topographie médicale de la ville de Milianah; par M. *Bruguière*, médecin ordinaire de deuxième classe, t. LVI, p. 143.

Milianah, ville ancienne, dans la province de Titteri, à 10 lieues de Cherchel, à 12 de Médéah, est bâtie sur un rocher, à 900 mètres au-dessus du niveau de la mer. Sources, température, vents. Les eaux n'ont pas été analysées. Ville. Hôpital militaire. Salubrité .Sur 1730 maladies observées de juin à septembre 1840, 897 appartiennent aux fièvres d'accès, 515 aux diarrhées et dysenteries. L'auteur termine son travail par une série de tableaux résumant la météorologie de Milianah et les maladies traitées.

TOPOGRAPHIE physique et médicale du territoire de Tlemcen, et compte-rendu des maladies qui ont été traitées à l'hôpital militaire de cette ville, pendant l'année 1842, dans le service des fiévreux; par M. *Cambay*, médecin ordinaire, et médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen, t. LVII, p. 1.

La ville de Tlemcen est située à 300 mètres au-dessus du niveau de la mer, sous le 35e degré de latitude nord, et à 3°,6 à l'ouest du méridien de Paris. Elle avait autrefois une enceinte de 5000 mètres de développement, la nouvelle ville embrasse à peine le tiers de cette enceinte. La citadelle, appelée Méchouar, au sud de la ville, domine incomplètement cette dernière. Elle renferme l'hôpital militaire. On pense que la population de Tlemcen se compose de 1500 juifs, de 3000 coulouglis et de 3500 hadars. Le climat est rude et froid, la neige y tombe en hiver avec abondance. D'avril 1842 à janvier 1843, le maximum de la température diurne a été de 24°, le minimum de 8°, la moyenne de 14°. Ce travail se termine par un tableau qui résume, par genre de maladie, le mouvement de l'hôpital militaire de Tlemcen pendant l'année 1842.

Note du Rédacteur.— Nous croyons devoir clore la série des notices topographiques concernant l'Algérie, par un résumé de quelques documents relatifs à l'altitude et à la salubrité de quelques places de l'Algérie.

	Altitude approximative évaluée en mètres.
Tenez	45
Boufarik	47
Oran	60
Biscara	75
Coléah	190
Douéra	210
Blidah	250
Guelma	280
Tlemcen	300
Mascara	400

Sebdou	600
Constantine	600
Fort Gouraya (près Bougie)	671
Milianah	800
Médéah	920
Sétif	1100
Tiaret	1300
Djebel Sidi Rgheis (Monts Aurès)	1628

Voici quel a été, en 1845, le mouvement de la population en Algérie, d'après le dernier volume des tableaux des établissements français en Algérie, publié par le ministère de la guerre.

	Naissances annuelles sur 1000 hab.	Décès annuels sur 1000 h.	Accroiss. annuel sur 1000 h.	Dimin. ann. sur 1000 h.
Population française, 1845	36,6	62,5	—	25,0
Population européenne, 1845	32,8	50	—	17,2
Population juive, 1845	48,7	36	12,6	—
France, 1839 à 1843	28,30	23,61	4,69	—

Dans les villes, les décès des Européens, comparés à la population du 31 décembre de l'année, ont atteint, en 1845, les proportions suivantes :

	Sur 1000 habitants
Alger	36,4
Mostaganem	37,0
Boufarick	40,4
Oran	41,5
Ténez	49,6
Birkadem	50,7
Philippeville	55,3
Kouba	57,6
Cherchel	60,9
Mustapha	62,1
Fondouk	65,0
Blidah	66,2
El-Arouch	141,4

TOPOGRAPHIE. — Esquisse sur la topographie médicale d'Hammam-Meskhoutin, et rapport sur les propriétés thérapeutiques de ses eaux minéro-thermales ; par M. *Eugène Grellois*, médecin-adjoint, t. LX, p. 313.

I. Description géographique. Hammam-Meskhoutin, à dix-huit kilomètres de Ghelma, dans la province de Constantine, est situé sur la partie basse d'un plateau peu élevé. Des montagnes,

des vallées, une belle et riche végétation, lui donnent un aspect délicieux. De nombreux cours d'eau arrosent ses environs. Tous appartiennent au bassin de la Seybouse, et ont pour caractère commun, de recevoir une grande quantité d'eau après la saison des pluies, et d'être réduits à un simple filet d'eau en été. Les environs sont limités par une série de montagnes. Le pays est presque entièrement dépourvu de voies de communication. Le territoire est occupé par les Beni-Fougal et par la tribu des Beni-Addi, de mœurs douces et pacifiques, et n'ayant qu'une industrie fort bornée. — Les Romains ont laissé de nombreux vestiges de leur séjour sur ce plateau thermal et dans ses environs.

II. Description géologique. Le territoire se compose de marnes, de calcaire, de galets, de grès et de sables au niveau de la vallée, de calcaires alternant avec les grès sur les points les plus élevés. Toute la base du plateau thermal est couverte d'une croûte calcaire, due aux dépôts successifs qu'ont laissés les sources. La plupart de ces dépôts affectent une forme conique; les plus élevés atteignent jusqu'à 10 mètres de hauteur. Outre ces dépôts on en remarque d'allongés et d'étalés. Le nombre des sources varie journellement : les plus considérables sont : 1° *Sources de la cascade.* Elles fournissent environ mille litres d'eau par minute et donnent lieu à une magnifique chute d'eau. 2° *Sources des bains.* Elles alimentent une grande partie des bains romains. Leur réunion peut fournir 400 litres d'eau par minute. Quarante-huit heures après leur réunion dans les bassins, leur température est descendue à 35 ou 36°. C'est à ces bassins que l'on puise l'eau destinée aux boissons minérales. 3° *Sources de l'Est.* Ces sources fournissent 170 litres d'eau par minute. L'eau arrive aux bassins à une température de 65°. On administre les bains douze heures après que les bassins sont remplis. 4° *Sources de la ruine.* La faible quantité d'eau les fait considérer comme tout à fait secondaires. 5° *Sources nouvelles.* Deux soldats enfonçant un pic dans un trou, firent jaillir deux sources assez abondantes qui n'appartiennent à aucun des bassins précédents. Leur abondance est d'environ 150 litres par minute. 6° *Sources ferrugineuses.* Elles forment un bassin thermal complètement séparé des sources précédentes.—Propriétés physiques de ces eaux.—Leur température est de 75°, celle de l'atmosphère étant de 24°.

III. Des eaux d'Hammam-Maskhoutin et de leurs propriétés. *Propriétés physiques.* La température de toutes les sources des trois premiers systèmes s'élève à 95°; celle des petites sources est de 64°. Elles dégagent des gaz en abondance; sont limpides et incolores. Leur pesanteur spécifique est de 100, 202. Saveur nulle. Refroidies à l'air libre, elles deviennent potables. — *Propriétés chimiques.* — L'analyse des eaux d'Hammam-Maskhoutin a été faite par MM. Tripier, O. Henry et E. Millon. Elle offre comme particularité remarquable la présence de l'arsenic.

IV. ÉTAT ACTUEL DE L'ÉTABLISSEMENT. — Description de l'établissement. — Il se compose de deux parties bien distinctes : 1° les constructions pour loger les malades, le personnel et le matériel ; 2° les dépendances destinées à l'application du traitement minéro-thermal.

V. ORGANISATION DU SERVICE JOURNALIER ET MOYENS DE TRAITEMENT MIS EN USAGE. — Heures du service. — Régime des malades. Administration des bains, des douches et fumigations. — Promenades. — Repos. — Application des cataplasmes de boues minérales et de plantes thermales.

VI. CONSTITUTION ATMOSPHERIQUE. MÉTÉOROLOGIE. *Tempér a ture.* Le maximum de température s'élève à 40° à l'ombre. — Remarques sur les températures des différents climats. — *Baromètre.* Observations barométriques. — Maximum 27,5; minimum 26,5. — *Hygromètre.* Le voisinage des sources chaudes imprime à l'hygromètre un haut degré d'humidité, lorsque la fraîcheur du soir et de la nuit condense les vapeurs. — *Vents.* Le vent de nord-ouest domine pendant toute l'année. Les vents d'est et de sud-est sont beaucoup plus rares. Triste influence de ces vents, lorsqu'ils soufflent sous le nom de *sirocco* — *Udométrie.* Du 1er décembre 1844 au 1er juillet, il est tombé 0m,590 d'eau entre Ghelma et Hammam-Meskhoutin. — *Neige.* En novembre la Mahouna et les montagnes qui bornent l'horizon ont été deux fois couvertes de neige; en décembre, une fois. Elles l'ont été durant tout le mois de janvier. La neige n'a disparu de la Mahouna que dans les derniers jours de mars. — *Gelées.* On observe fréquemment pendant l'hiver des *gelées blanches*, avec une température de 3 à 5°. — *Orages.* Ils sont rares : on en voit autant en hiver qu'en été. — Coup-d'œil sur des circonstances indépendantes de l'atmosphère dont l'action a de l'influence sur la climatologie d'Hammam-Meskhoutin : 1° *La température intérieure du sol*, 2° *Élévation au-dessus de la mer*, 3° *Exposition du terrain*, 4° *Position des montagnes*, 5° *Distance de la mer*; 6° *Structure, géologique de la terre*, 7° *État de la culture.*

VII. MALADIES DOMINANTES ET CONSTITUTION MÉDICALE. L'existence simple des Arabes, leur vie paisible rendent l'aliénation mentale très rare. La malpropreté la plus révoltante, des mœurs déréglées, une incurie inconcevable donnent lieu à une longue succession d'affections cutanées et syphilitiques. Leur excessive sobriété les préserve des maladies des voies digestives. Le goître et le crétinisme leur sont inconnus. Le deuxième trimestre est le moins chargé en affections endémo-épidémiques. Il est le plus éloigné de l'époque de l'invasion des fièvres. Dans le quatrième trimestre, les affections de première invasion sont rares. Le premier trimestre est celui dans lequel se présentent le moins de fièvres de première invasion, quoiqu'il soit moins chargé que le

deuxième. En 1844, à Ghelma, les fièvres intermittentes ont été, à l'effectif de la garnison et de la population civile, dans la proportion de 1 à 2 et demi. Les accès pernicieux sont rares. — Opinions de l'auteur sur les fièvres rémittente, intermittente et continue. — Les diarrhées sont, relativement à la population civile et militaire, dans la proportion de 1 à 12. — Pas un cas de dysenterie ne s'est déclaré à Hammam-Meskhoutin pendant les deux saisons thermales de 1844 et 1845. Les engorgements viscéraux, l'anémie, les affections des voies digestives, l'hépatite, l'ictère sont rares. — Absence complète de fièvres typhoïdes. — L'auteur n'a remarqué aucun cas de phthisie pulmonaire. — Les bronchites ne sont pas rares; les pneumonies sont graves, mais peu nombreuses. Les affections rhumatismales sont presque inconnues aux Arabes; celles des yeux sont peu communes. En résumé, le climat de Ghelma dont il faut rapprocher celui d'Hammam-Meskhoutin est un des plus favorables de l'Algérie et un des points les plus propres à la colonisation.

VIII. Action des eaux. — *Action physiologique.* Un sentiment de fatigue est ordinairement la suite immédiate du bain. Le bain de vapeur détermine un brisement que plusieurs malades ne peuvent supporter que par intervalle. La sueur qui suit le bain de vapeur est accompagnée d'une sorte de cuisson particulière. L'effet de la douche détermine une rougeur plus ou moins intense. Après deux ou trois jours de l'usage des eaux, plusieurs malades éprouvent une sensation de picottement sur toute la surface du corps, Il naît souvent des vésicules qui ont l'aspect de sudamina. Les fonctions digestives acquièrent une grande énergie. L'eau minérale en boisson est bien supportée par l'estomac, à la dose d'un litre dans les vingt-quatre heures. L'usage des eaux produit chez la plupart des malades une légère diarrhée. Elles exercent une action évidente, mais faible, sur les voies urinaires. Au sortir du bain, la circulation est accélérée; la respiration n'est pas sensiblement influencée. On observe chez une grand nombre de malades, après 24 ou 30 jours de traitement un état de pléthore et de congestion. — *Action thérapeutique.* Tableau des affections contre lesquelles l'auteur conseille l'usage des eaux d'Hammam-Meskhoutin, et de celles où elles sont inutiles ou nuisibles. — Une note trace le même tableau modifié par le Conseil de santé.

IX. Choix et durée de la saison. Les mois d'avril, mai et juin sont favorables pour la saison des eaux. On pourrait ouvrir une nouvelle saison en automne. Les mois de septembre, octobre et novembre semblent parfaitement convenir.

TOURDES (G.), *Médecin adjoint, professeur à l'hôpital*

militaire de Strasbourg (1). — Mémoire sur l'endocardite, t. XLII, p. 1.

TOXICOLOGIE. — Essai d'analyse toxique générale ; par M. *P. Malle*, chirurgien aide-major, professeur d'anatomie et de traitement des maladies vénériennes à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. XLVI, p. 1.

Importance des connaissances qui peuvent éclairer la justice dans la recherche des preuves matérielles de l'empoisonnement. — Temps d'ignorance. — Incertitudes des premiers essais. — Progrès des opérations d'expertise médico-légale. C'est aux méthodes, aux recherches multipliées de M. Orfila que sont dues les principales découvertes sur lesquelles est basée la toxicologie. — Toutes les difficultés ne sont pas élaguées du problême si complexe de l'empoisonnement : il en est une qui a frappé, M. Malle et que son travail a pour but de faire disparaître. Jusqu'ici les auteurs, dans les questions d'empoisonnement, ont presque toujours considéré celui-ci comme le résultat de l'action d'une substance unique; il peut arriver néanmoins que pour donner le change aux recherches de l'art, le criminel emploie un mélange de plusieurs poisons à des doses très minimes. Il faut donc s'efforcer de tracer les règles suivant lesquelles doit procéder un médecin expert. — Indispensable nécessité de se servir d'une méthode telle qu'aucune trace de poison, à quelque règne qu'il appartienne, ne puisse échapper à l'analyse. — Afin de parvenir à la découverte d'un poison inconnu, deux méthodes sont offertes par la chimie : l'une *la méthode empirique*; l'autre *la méthode d'isolement* plus compliquée mais plus sûre. — Objections contre le procédé de M. Taufflied, inséré dans sa thèse inaugurale intitulée : *De l'analyse chimique des poisons, considérée dans ses rapports avec la médecine légale.* Détails des procédés de l'auteur. Recherches des substances toxiques du règne végétal et du règne minéral. Examen et analyse des liqueurs de lavage. La méthode de M. Malle procède constamment par voie d'élimination, et présente les avantages suivants : 1° de ne pas diviser une matière que l'on doit supposer infinitésimale, en infinis nouveaux; 2° de permettre la réduction de chacune des substances qui font l'objet de recherches; 3° de n'introduire dans la liqueur aucun réactif qui puisse compliquer l'analyse; 4° de procéder à la séparation

(1) Démissionnaire.

des toxiques inconnus et supposés, par une méthode qui repose à la fois sur la classification naturelle des corps et sur leurs propriétés chimiques. — Ce travail est suivi de deux tableaux : le premier est le tableau analytique des poisons minéraux, destiné à faire voir dans son ensemble la marche indiquée dans le mémoire, à l'effet d'isoler toutes les substances vénéneuses supposées mélangées dans les matières suspectes; le deuxième est le tableau analytique des acides.

TRACHÉE ARTÈRE. — (Abcès situé dans la trachée artère), t. LI, p. 232 (*Voyez* chirurgie).

TRACHÉOTOMIE. — Observation d'opération de trachéotomie, nécessitée par l'introduction de plusieurs fragments d'écailles d'écrevisse dans les voies aériennes ; par M. *Villaret*, chirurgien-major au 7e régiment de dragons, t. LI, p. 239.

Une petite fille, âgée d'un an, introduit dans sa bouche un morceau d'écrevisse ; à la suite d'une forte inspiration, le morceau franchit la glotte, et provoque à l'instant un accès de suffocation des plus alarmants. Deux grains d'émétique. — Pas de vomissements. On titille la luette. Il sort des mucosités. — Face pâle ; lèvres bleuâtres ; pouls fréquent et petit ; extrémités froides ; respiration difficile. Après une longue consultation, on décide que la trachéotomie sera différée. Le lendemain, les accidents se sont aggravés. On ouvre la trachée ; la face, plombée et inanimée, se ranime. On place une canule. On enlève trois fragments d'écaille d'écrevisse, à l'aide de petites pinces à dissection ; un autre fragment sort par la canule, à la suite d'un violent accès de toux. Journée assez bonne. Pendant la nuit, menace d'asphyxie, que l'on conjure en excitant un violent effort de toux, qui chasse un morceau de mucus concret. On change la canule. Respiration plus libre. Il sort encore deux fragments de corps étranger. On essaie de faire respirer l'enfant par la bouche; il faut y renoncer. On passe à plusieurs reprises l'écouvillon de la canule dans la bouche. Le onzième jour, il sort un morceau d'écrevisse plus gros que ceux qui étaient sortis précédemment. On enlève la canule. Le 18 octobre, la guérison de la plaie était parfaite : l'accident avait eu lieu le 29 septembre. — Les corps étrangers avaient irrité la muqueuse, et il s'en était suivi une sécrétion fort abondante. C'est à la présence de semblables mucosités et à la consistance qu'elles peuvent prendre qu'il faut rapporter une partie des insuccès de la trachéotomie. On ne

saurait trop insister sur la nécessité de surveiller et de nettoyer souvent les canules. M. Bretonneau (appelé en consultation dans ce cas) a vu une jeune fille, opérée par lui de la trachéotomie pour le croup, respirer pendant 19 ou 20 jours par la canule, et guérir.

TRANSLATION des restes mortels de *F.-J.-V. Broussais* au Val-de-Grâce, t. LVI, p. 374.

Discours de M. Naudet, président de l'académie des sciences morales et politiques *ib.* p. 377.

Allocution de M. Orfila, doyen de la faculté de médecine, *ib.* p. 378.

Discours de M. Bégin, chirurgien inspecteur, *ib.* p. 380.

TRANSPORT DES MALADES ET BLESSÉS. — Note sur les moyens employés par les indigènes de l'Algérie pour transporter les malades et particulièrement les blessés ; par M. *Lacger,* chirurgien-major, t. LX, p. 233.

Le moyen de transport, employé par les Arabes pour les blessés qui ne peuvent supporter la position assise, consiste dans des brancards ou cadres appelés *naach.* Ces naachs sont des espèces de litières faites avec des perches de la longueur d'un homme, réunies à leurs extrémités au moyen de traverses; d'autres perches ou des cordes sont disposées comme dans les lits de sangle. Le sujet est placé sur cette litière, garnie de kaïks, de tapis, ou simplement de paille. On couvre le blessé et on l'attache avec une corde, qu'on passe plusieurs fois autour de lui et de la litière; après quoi, on le met sur un mulet de choix sur lequel on a disposé un *tellis* (deux sacs accolés dans le sens de la longueur) bien rempli de paille. Le brancard est placé en travers ou en long. Le blessé a la tête élevée. Un homme soutient la litière.

TRIPIER (F.-M.) *chirurgien-sous aide à l'hôpital militaire du Gros-Caillou* (1). — Note sur la présence de

(1) En ce moment, pharmacien principal, faisant fonction de pharmacien en chef de l'armée d'Afrique.

l'acide oxalique dans les champignons, t. XLIV, p. 380. — Note sur les dépôts formés par les eaux thermales de Hamman mez-Koutin, en Algérie, t. XLVI, p, 338. — Analyse de quelques minéraux trouvés dans les montagnes avoisinant Bougie et Constantine, t. XLVI, p. 357. — Analyse des eaux minérales d'Hammam-Berda et d'Hammam-mez-Koutin. t. XLVII, p. 320.

TROUPES en route, t. XLV, p. 166 (*Voyez* Charge que portent les troupes en route).

TUMEUR. — Observation d'une tumeur adipeuse et fibrineuse, située à la région fessière du côté droit, développée à la suite d'une lésion traumatique, et opérée avec succès; par M. *Poirson*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros Caillou, t. XLIII, p. 360.

Un garde du génie fut atteint, en 1813, d'un coup de boulet à la fesse droite : la blessure était très superficielle. Il resta jusqu'en 1821 un point fistuleux ; dans ce point, qui devint ensuite le siége de douleurs sourdes, lesquelles prirent une grande intensité en 1827, et cédèrent à l'emploi des eaux de Barèges. A compter de 1834, après une nouvelle reprise des douleurs, le malade s'aperçut d'une tumeur molle et roulante à l'endroit de la cicatrice. En 1837, la tumeur était circonscrite, volumineuse, indolente, sans changement de couleur à la peau, dure, légèrement mobile, étendue profondément dans des limites indéterminables. Après avoir essayé vainement des résolutifs et des fondants, le chirurgien se décida à pratiquer l'opération. Une incision de six pouces de longueur fut pratiquée suivant le grand diamètre de la tumeur, et divisa la peau, le tissu cellulaire, et les muscles fessiers. La tumeur fut disséquée, et enlevée bientôt par énucléation. Le muscle pyramidal, le nerf sciatique et l'artère fessière profonde se trouvèrent à nu. La plaie fut mollement réunie. On fit trois saignées pour calmer la réaction. — Au trente-unième jour, guérison. — La tumeur avait cinq pouces et demi en longueur et trois pouces en travers. Elle pesait sept onces deux gros; son tissu était blanc, serré, entièrement adipeux. Le kyste était épais, dense, séreux à la face interne, celluleux au dehors, séparable en deux couches. — L'auteur incline à penser

que la tumeur était le résultat d'une sécrétion accidentelle, et non pas une hypertrophie graisseuse. D'après Lobstein, les lipômes n'ont généralement pas de kyste, et, sous ce rapport, aussi bien que par la cause présumée de la tumeur, le fait dont il s'agit doit être mis au nombre des cas rares.

TUMEUR. — Observation d'une tumeur considérable du cou, faisant saillie dans le pharynx et sous la base de la langue t. XLIX, p. 336 (*Voyez* Clinique chirurgicale).

TUMEUR ENKYSTÉE. — Observation de tumeur enkystée du col ; ouverture de la tumeur, injection avec la teinture d'iode ; guérison ; par M. *Godard*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles, t. LIII, p. 198.

Une tumeur se forma au dessus du sternum, chez un infirmier, par suite de la compression exercée par l'uniforme; elle augmenta et on l'ouvrit ; on la vida de son contenu ; on fit quelques injections dans le kyste, et l'ouverture se cicatrisa. Mais la tumeur se reproduisit, et bien que son volume n'excédât pas celui d'une grosse noix, elle était fort gênante quand le malade était habillé ; la déglutition surtout était difficile. C'est alors que M. Godard fit la ponction du kyste et y injecta un liquide composé d'eau et de teinture d'iode en parties égales, lequel liquide fut maintenu dans la tumeur ; l'injection fut renouvelée trois fois. Le malade reprit bientôt son service, ne conservant qu'un noyau induré, produit des enveloppes de la tumeur revenues sur elles-mêmes, et qui se réduisit insensiblement.

U

URGINÉA. — Genres scilla et urginéa, t. XLII, p. 360 (*Voyez* Scilla).

URINES. — Recherches sur les sels et la densité des urines chez l'homme sain ; par M. *Henri Chambert*, chirurgien-élève, préparateur de chimie à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. LVIII, p. 328.

I. Moyens mis en usage pour la détermination des sels des

URINES. Dans l'analyse chimique des urines une chose paraît insuffisante : c'est le procédé opératoire mis en usage par les chimistes, soit pour l'évaporation dans la recherche des matières inorganiques; soit pour la combustion des matières organiques dans la recherche des sels.

1° *Évaporation des urines.* Pour abréger autant que possible l'évaporation tout en lui conservant la plus grande exactitude, l'auteur laisse tomber le liquide goutte à goutte sur un corps échauffé. — Description de l'appareil. Manière de le faire fonctionner. Avantages qu'il présente.

2° *Combustion du charbon.* Considérations sur l'action de la chaleur sur le résidu de l'évaporation des liquides organiques. — On a cherché à remédier par divers moyens aux lenteurs de la combustion par l'oxygène de l'air. Emploi de l'acide nitrique; du chlorate de potasse; de l'eau pure à une haute température. — Procédé de l'auteur dont toutes les expériences ont été faites sur le résidu de 100 à 110 grammes d'urine. Résumé de ses avantages : 1° rapidité et simplicité de la combustion; 2° facilité de se procurer partout le principe comburant, l'eau distillée; 3° on n'a d'autre influence décomposante que celle de la chaleur; les sels qu'elle ne peut détruire restent intacts; la seule affinité que l'on fait intervenir est une affinité comburante qui n'atteint jamais que les principes organiques.

II. DÉTERMINATION DES PROPORTIONS SALINES ET DE LA DENSITÉ DES URINES CHEZ L'HOMME SAIN. M. Lecanu dans ses travaux sur cette question, et M. Becquerel qui le premier l'a envisagée d'une manière étendue et féconde en application, n'ont opéré que sur les urines de 24 heures. Leurs moyennes physiologiques présentent un désaccord remarquable. Cette différence de résultats n'est peut-être explicable que par le petit nombre d'analyses qu'ils ont faites. Il importe de déterminer le contingent salin qu'apporte à la moyenne générale l'urine ayant subi l'action de ses modificateurs principaux : le sommeil, le repas, les boissons. Celles des 24 heures est la somme pour ainsi dire des trois autres, elle permet le mieux d'apprécier les modifications que subit la sécrétion urinaire dans son ensemble. En fondant des moyennes physiologiques bien distinctes, selon ces trois états divers, on pose des termes de comparaison précis, auxquels on peut rapporter les moyennes pathologiques correspondantes. — La recherche de la densité n'offre pas un moindre intérêt que celle des sels, tant à cause des rapports qu'on peut lui trouver avec eux, qu'au point de vue de l'exactitude de sa détermination. L'auteur fait usage d'un appareil au moyen duquel il joint à une exactitude mathématique l'avantage de rapporter toutes les densités à la température de zéro. — Dans ses recherches, M. Chambert place cons-

tamment à côté du poids de l'urine, le chiffre de sa densité, puis le chiffre des sels renfermés dans l'émission, et enfin celui des mêmes sels rapportés à 1,000 parties. — Tableaux présentant les résultats de nombreuses expériences sur les urines des 24 heures, sur celles du repas, du matin et des boissons. — Tableau général des moyennes. — Conclusions: 1° l'urine du repas est plus dense et plus chargée de sels que celle du matin; 2° les principes organiques de l'urine sont en raison directe de la quantité des sels introduits dans les aliments; 3° les sels sont d'autant plus abondants dans l'urine du sang, qu'ils sont en plus grande quantité dans celle du repas; 4° il n'y a aucun rapport entre la quantité des sels et la densité; 5° ce même rapport paraît ne pas exister entre les sels et la densité d'une part, et les matières organiques de l'autre.

VAL-DE-GRACE. — Translation des restes mortels de *F.-J.-V. Broussais* au Val-de-Grâce, t. LVI, p. 374 (*Voyez* Translation).

VAILLANT, *médecin ordinaire, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement* (1). — Discours prononcé au Val-de-Grâce à la séance solennelle de la distribution des médailles, le 6 juin 1840 t. XLVIII, p. 374.

VALETTE (J.-R.J.) *chirurgien-major au 1er régiment du génie* (2). — Note sur la nature et le traitement de l'héméralopie, t. XLIX, p. 120.

VALLOIS (Antoine) *chirurgien sous-aide-major à Tlemcen* (3). — Observation de nécrose consécutive à une inflammation les parties molles environnant l'os, t. LVIII, p. 255.

VARIOLE. — Des moyens propres à arrêter les épidémies e variole ; par M. *J.-J. Pascal*, médecin en

---

(1) Actuellement médecin-inspecteur, membre du conseil de santé.

(2) En ce moment chirurgien principal à l'hôpital militaire de Toulouse.

(3) Démissionnaire.

chef, premier professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. XLVI, p. 197.

La reproduction obstinée des épidémies de variole résulte : 1° de la négligence de la vaccination convenablement pratiquée ; 2° de la non-application d'un traitement rationnel complet. La propagation se fait par inoculation, par contagion, par infection. — *Caractères des éruptions varioliques.* L'isolement est le seul moyen employé jusqu'ici. On a eu tort de négliger les fumigations guytoniennes. Les individus appelés à soigner des varioleux doivent avoir été vaccinés ou avoir eu la variole. Les locaux destinés à recevoir les varioleux doivent être isolés. Le linge de corps sera soigneusement lavé au chlore et désinfecté. Les crachoirs, cuvettes, vases de nuit, seront tenus avec la plus grande propreté. Dans la période d'incubation, bains tièdes. Dans la période d'invasion, diète, boissons sudorifiques ; point de glace ni de linges froids sur la tête ; frictions sèches avec le vinaigre sur la peau. Dans la période de dessiccation, très grande propreté, surveillance de la température, onctions, alimentation aussitôt que les organes digestifs s'y prêtent. Dans la convalescence, prévenir des complications.

VARIOLE ET VARIOLOIDE. — Relation d'une épidémie de variole et de varioloïde observée sur le 1er régiment de hussards, en garnison à Stenay (Meuse), pendant le premier semestre de 1841 ; par M. *Duplan*, chirurgien en chef à l'hôpital militaire de Barèges, t. LI, p. 123.

Après une esquisse de la topographie de Stenay, l'auteur signale plusieurs cas de variole survenus dans le 1er régiment de hussards tous vaccinés. Il pense « que la variole a toujours pour « base une gastro-bronchite, avec prédominance de l'inflamma- « tion sur la muqueuse de l'appareil digestif. »

VENTILATION.—De la nécessité d'une ventilation continue pour la salubrité des casernes, et d'un moyen simple de l'effectuer ; par M. *Papillon*, chirurgien-major au 7e de ligne t. XLIX, p. 257.

En admettant qu'il entre 625 centimètres cubes d'air dans la poitrine d'un adulte à chaque inspiration, et que le nombre des

inspirations par minute soit de 20, on trouve, pour la quantité d'air entrée ou sortie des poumons :

par minute.....	litres	12,500
heure.....		750,000
24 heures...		18,000,000

L'oxygène consumé égale à peu près les 4/100 de l'air inspiré, ce qui donne

par minute	litres	0,500
heure.....		30,000
24 heures...		720,000

Donc, en général, un homme succomberait, au bout de 24 heures, dans un volume d'air inférieur à 6 mètres cubes, s'il n'était bientôt ranimé par un air plus pur. Le rapport de l'azote expiré à l'azote inspiré s'écarte peu de l'unité, chez les carnivores, et varie quelquefois en moins, ordinairement en plus. L'acide carbonique exhalé par les poumons représente environ les trois quarts de l'oxygène absorbé, ou les 3/100 de l'air inspiré. La quantité d'acide produite est donc :

par minute.....	litres	0,375
heure.....		22,500
24 heures....		540,000

Il y a en outre production incessante d'acide carbonique à la surface de la peau ; cet acide fait aussi partie des gaz intestinaux, qui renferment également de l'hydrogène simple, carboné et sulfuré. Sans tenir compte de l'exhalation cutanée et intestinale, on peut dire qu'il y a danger pour l'homme à séjourner plus de 24 heures dans un espace de 18 mètres cubes inaccessible à l'air extérieur.

Le poids de la transpiration pulmonaire et cutanée est, en France, en moyenne, de:

1 gramme	par minute,
60	par heure,
1440	par jour.

La vapeur, fournie par le corps humain, sature d'humidité 18 m. c. d'air sec, en 24 heures, à 28°. Un volume d'air, inférieur à 54 m. c., devient notablement insalubre quand un homme y a vécu 24 heures. Un homme bien portant rend en 24 heures un volume d'air de :

6 m. c.	mortel
18 m. c.	dangereux
54 m. c.	malsain

Il n'est donc pas permis de nier l'insuffisance habituelle des locaux affectés au logement des troupes. L'auteur termine en proposant un système de ventilation.

VIANDE FUMÉE (fabrique de gélatine et de viande

fumée improvisée à Medeah) t. LI, p. 263. (*Voyez* Gélatine)

VILLARET (D.-M.). *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire du Gros-caillou* (1). — Observations relatives à quelques fractures graves et rares, recueillies aux cliniques de l'hôpital militaire d'instruction et de la faculté de médecine de Strasbourg, t. XLVI, p. 295. — Observation d'opération de trachéotomie, nécessitée par l'introduction de plusieurs fragments d'écailles d'écrevisse dans les voies aériennes, t. LI, p. 289.— Observations de chirurgie, t. LVII, p. 210.

VILLETTE, *chirurgien aide-major de 1re classe du train des équipages militaires en Algérie* (2).—Topographie médicale de la Métidja, t. LIII p. 125.

VIVIERS ARTIFICIELS. — Formation des viviers artificiels à sangsues, t. LVII, p. 280 (*Voyez* Sangsues).

VOLVULUS. — Mémoire sur le volvulus; par M. *L.-F.-Gasté*, médecin ordinaire, t. XLVII, p. 40.

Observation de rougeole, compliquée de phlegmon parotidien, suivie d'invagination intestinale, de vomissements de matières fécales pendant plusieurs jours, et d'expulsion, par l'anus, d'une portion de cinquante-trois centimètres de l'iléon.

VOLVULUS. — Observation de volvulus considérable du gros intestin, déterminant simultanément une gastro-intérite et une péritonite ; par M. *J.-J. Pascal*, médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, t. XLVII, p. 179.

Un malade est admis, le 23 juillet 1828, à l'hôpital de Metz,

---

(1) Aujourd'hui chirurgien major, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon.

(2) Actuellement chirurgien major au 19e léger.

offrant les phénomènes ci-après : Météorisme, pas de changement dans la couleur ni dans la température de la peau de l'abdomen. La percussion révèle de la sonorité; il y a absence de douleur. Traitement expectant. Le 29 juillet, rougeur de la langue, sensibilité à l'épigastre. Application de sangsues. Mort le 1er août. A l'autopsie, on trouve une invagination intestinale qui a fait disparaître le cœcum.

FIN DU TOME LXI.